MÉMOIRE

SUR LE TRAITEMENT

DE LA

CHUTE DE L'UTÉRUS

PAR UNE MÉTHODE NOUVELLE,

Présenté à la Société de Biologie

PAR

LE DOCTEUR A. DESGRANGES,

Chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, membre correspondant de la Société de Biologie de Paris.

PARIS.

IMPRIMÉ PAR E. THUNOT ET Ce, RUE RACINE, 26,

près de l'Odéon.

1853

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b28519905

EXTRAIT

de la Gazette Médicale de Paris.— Année 1853.

MÉMOIRE

SUR LE

TRAITEMENT DE LA CHUTE DE L'UTÉRUS

PAR UNE MÉTHODE NOUVELLE.

Primò non nocere.

Le nombre, la variété des essais curatifs contre une maladie témoignent à la fois des obstacles à vaincre, des écueils où l'on vient échouer, de l'importance qu'il y aurait à guérir ; qu'en outre les auteurs soient unanimes à proclamer l'incurabilité du mal et nous sommes certains que le véritable remède est encore à trouver. Mais de ce qu'une affection a résisté jusqu'ici, est-ce à dire qu'elle sera toujours au-dessus des ressources de l'art? De ce que des hommes éminents, après de sérieuses méditations, des tentatives nombreuses et rationnelles, ne sont arrivés à rien de bon, est-ce un motif de croire que le succès soit à jamais impossible? Qu'un autre moins avancé ne puisse atteindre au but? Le supposer serait méconnaître le génie des sciences d'observation, nier bon nombre de grandes découvertes, et s'exposer aventureusement au démenti des faits. Que de prétendues *quadra-*

tures du cercle sont aujourd'hui des vérités admises? Combien de progrès dans les arts, dans l'industrie, auraient semblé, il y a à peine quelques années, des chimères irréalisables! La chirurgie, à son tour, me fournirait mille exemples de résultats inespérés; qu'un seul me suffise : l'anesthésie dans les opérations.

Quelque éloignées de mon sujet que semblent ces remarques, elles y touchent de près, elles s'y rattachent, ne fût-ce que pour écarter la tendance fâcheuse à tenir pour *illusion chirurgicale* toute idée de traitement curatif. Il est vrai que les raisons ne manquent pas à ceux qui préconisent les palliatifs et les déclarent, en somme, l'*ultima ratio* de la thérapeutique. Une première cause d'insuccès est la coexistence habituelle pour eux de l'engorgement du col utérin, lequel devient à leurs yeux l'affection dominante, essentielle, dont la cure, par les moyens ordinaires, rappellerait l'utérus dans le petit bassin. L'amplitude exagérée du bassin viendrait aussi enlever tout espoir, par l'impossibilité de la réduire, comme si à l'état ordinaire l'utérus ne flottait pas dans cette cavité. Enfin l'on nous dira : Le vagin fût-il oblitéré, vous n'auriez pas guéri....

Guérir radicalement doit consister, si je ne me trompe, à replacer l'utérus dans le bassin, à l'y maintenir sans le secours d'appareils contentifs, à ne rien faire qui compromette la vie, pas même les fonctions de l'organe; à ne rien essayer qui, en cas d'insuccès, rende le mal plus grave après qu'avant.

Or ces indications, je les crois remplies dans les faits qui vont suivre; je crois, après trois ans de recherches, être arrivé à des résultats nouveaux et dignes d'intérêt. Les soumettre à l'appréciation du public médical, exposer les moyens que j'ai mis en usage, tel est l'objet de ce mémoire.

Afin de procéder avec ordre, je rappellerai brièvement dans un premier article les diverses opérations proposées contre la chute de l'utérus; dans un second, je ferai avec détails l'histoire de la méthode et des faits qui lui servent de base; j'y joindrai quelques remarques générales, et je terminerai par les conclusions qui découlent du travail en entier.

I. — DES MÉTHODES CURATIVES PROPOSÉES CONTRE LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

Jusqu'à ces dernières années, le traitement de la chute de l'utérus était purement palliatif. Les auteurs qui ont écrit vers la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, tout en faisant l'énumération des plantes réputées souveraines, tout en recommandant les emplâtres restés célèbres contre les déplacements, conviennent qu'ils ne sauraient inspirer une

grande confiance. Restait donc à défaut de mieux, comme moyens efficaces, les éponges, les pessaires et toute la série des appareils contentifs; chacun les décrivait, adoptait l'un, rejetait l'autre; presque toujours on finissait par en proposer un nouveau ; personne ne semblait pressentir que la chirurgie pût aller au delà. Eh! comment pourrions-nous en faire un crime à des hommes moins avancés que nous, quand aujourd'hui encore des praticiens de premier mérite, des auteurs recommandables condamnent par avance tout essai de cure radicale ?

Une fois l'élan donné vers le traitement curatif, les expérimentateurs ne firent pas défaut. Les méthodes surgirent, les procédés se multiplièrent ; mais bon nombre de ces procédés ne doivent un rang dans les traités modernes qu'à la réputation étendue des inventeurs.

L'idée que nous retrouvons constamment, celle qui devait découler la première de la nature du mal, c'est de créer des obstacles sur la route que franchit l'utérus. Le rétrécissement du vagin, le rétrécissement de la vulve, tels sont les chefs sous lesquels se rangent tous les procédés connus jusqu'à présent.

1° RÉTRÉCISSEMENT DU VAGIN.

A. Cautérisation. — Les premiers essais de cautérisation contre le prolapsus utérin sont dus à M. R. Gérardin, qui les consigna, en 1823, dans un mémoire que, plus tard, il soumit à l'appréciation de l'Académie de médecine. L'auteur avait pour but de provoquer la formation de tissu inodulaire, de brides cicatricielles, et par là d'amener un rétrécissement du conduit, ainsi que d'augmenter la résistance de ses parois. Poussant même son idée à l'extrême, il ne craignit pas de conseiller l'oblitération complète du vagin ; procédé bon tout au plus chez les femmes célibataires après la ménaupose. Dix ans plus tard (1833), M. le professeur Laugier expérimenta la cautérisation par le nitrate acide de mercure. De son côté, M. le professeur Velpeau, acceptant la méthode, introduisit un fer rouge dans les voies génitales (1835).

Avec les caustiques l'opération est des plus simples. Un spéculum à développement dont on enlève la valve mobile sert à découvrir le vagin dans un sens ; puis, sur la partie mise à nu, on promène le caustique plus ou moins de temps, suivant son degré d'énergie. Dans le cas où, comme le chlorure de zinc, il agirait lentement, on le fixerait par des bourdonnets de charpie que l'on maintiendrait en place pendant quatre ou cinq heures. Le fer rouge, commode sur tous les points superficiels du corps, a l'inconvénient

au sein d'un organe creux de brûler plus qu'on ne voudrait. La transmission du calorique à travers un spéculum de métal est si rapide que l'ustion est presque aussi forte partout ailleurs que sur le point touché. Les spéculums de matières non conductrices pourraient, en s'enflammant, créer un nouvel embarras ; enfin la fumée qui s'échappe gêne l'opérateur et ne lui permet pas de voir ce qu'il fait.

Ce qui fera toujours de la cautérisation une méthode dangereuse, c'est le voisinage d'organes importants à ménager : en avant, la vessie ; en arrière, le rectum, près du col ; en arrière, le cul-de-sac du péritoine : d'où résulte la nécessité de ne faire jamais qu'une cautérisation superficielle, qui ne dépasse pas l'épaisseur des parois vaginales, et dont l'action par conséquent n'amènera jamais des modifications suffisantes pour rendre au vagin sa fixité normale. Je comprends donc à merveille qu'elle soit tombée en désuétude ; que les chirurgiens qui l'ont mise en pratique n'osent plus la recommander. Convenons cependant que si une méthode avait chance de réussir, c'était la cautérisation. L'escarre devient le centre d'une zone inflammatoire qui propage assez loin le travail organo-plastique ; la cicatrisation se fait de tissu inodulaire rétractile : toutes circonstances éminemment capables de s'opposer aux déplacements ultérieurs. Mais, je le répète, la cautérisation ne réussira que par de rares exceptions ; il faudrait, pour compter des succès, la pousser plus loin que ne le permet la prudence, que ne le supporteraient impunément des organes à respecter.

B. Excision. — MM. Heming et Marshal-Hall conçurent une opération hardie, lorsqu'ils imaginèrent d'enlever une lanière du vagin, de réunir ensuite les lèvres de la plaie. Ces habiles chirurgiens taillaient sur la paroi antérieure du vagin un lambeau elliptique, large de 2 centimètres sur une longueur de 5 centimètres environ ; ils faisaient la suture immédiatement après. M. Ireland veut que l'on prenne un lambeau quadrilatère sur chacune des parois latérales. Il cherche prudemment à s'éloigner de la vessie et du rectum ; seulement cette forme de lambeau est désavantageuse, attendu que les lèvres de la plaie ne peuvent, comme par la courbe elliptique, se réunir suivant une ligne droite sans former de bourrelets. M. le professeur Velpeau, à raison de la coexistence presque habituelle du cystocèle et du rectocèle avec le prolapsus utérin, préfère tailler un lambeau en avant et un autre en arrière, de façon à traiter simultanément le prolapsus et les deux affections qui le compliquent.

Dans ce procédé, le chirurgien soulève en arrière d'abord un repli du vagin ; ensuite il passe à la base de ce pli, sans toucher au rectum, trois ou

quatre fils que l'on tient isolés pendant qu'il tranche les tissus d'un côté, puis de l'autre, et enfin de haut en bas, à 6 millim. en deçà des points de suture. On répète l'opération en avant; après quoi on réunit les plaies en nouant chaque fil séparément.

L'excision, dans le petit nombre de cas où elle a été pratiquée, n'a donné que des résultats éphémères : au bout de quelques mois, de quelques semaines, récidive complète. L'excision a le tort bien réel d'être longue, laborieuse, difficile, d'exposer à la blessure de la vessie et du rectum. Je lui reproche encore les chauces d'infection purulente, si grandes à la suite d'une large plaie au sein de tissus riches en lacis veineux. Donc, sous tous les rapports, elle devait tomber dans l'oubli, ou tout au moins ne figurer que pour mémoire dans les traités d'opérations.

C. Suture. — Un chirurgien d'Italie, M. Bellini, propose d'étreindre un repli longitudinal du vagin par la suture, et de serrer assez pour mortifier toute la portion saisie. Mais quel avantage y a-t-il à cela ? Aucun. L'opérateur, comme dans l'excision, court risque de pénétrer trop avant dans les tissus quand il plonge l'aiguille à la base du pli ; s'il n'a point chance d'hémorrhagie, il aura peudant longtemps des détritus gangréneux qui souilleront les organes génitaux et exposeront le malade à l'infection putride. Enfin il ne saurait se flatter de réussir mieux que par l'excision, dont la ligature n'est au fond qu'une dérivation mauvaise.

2° RÉTRÉCISSEMENT DE LA VULVE.

A. Dieffenbach, à l'imitation de ce que faisait Dupuytren contre la chute du rectum, excisait circulairement une série de petits plis longitudinaux à l'orifice du vagin. Il comptait sur la rétraction des cicatrices pour produire un resserrement qui retînt l'utérus à l'intérieur. Ce procédé n'est donc en réalité que la transformation d'un prolapsus en un abaissement, résultat qui serait avantageux, convenons-en, si les malades, en même temps qu'elles seront débarrassées de la tumeur saillante, l'étaient aussi des douleurs qui accompagnent un déplacement de l'utérus. Est-il bien sûr, d'un autre côté, que l'on puisse à volonté diminuer assez l'orifice du vagin pour arrêter le col ? Le chirurgien de Berlin ne s'est-il pas laissé entraîner par une fausse analogie, quand il a comparé le vagin surmonté de l'utérus à la muqueuse rectale, quand il a voulu voir la guérison tout entière dans le rétrécissement inodulaire, sans tenir compte du sphincter anal, qui, par le retour de sa tonicité sous l'influence du traitement, oppose à la muqueuse intestinale une barrière impossible à trouver à l'orifice du vagin ?

M. le professeur Malgaigne avait pensé que l'excision de la demi-circonférence de l'orifice vaginal et la réunion immédiate, soit qu'on agît sur la demi-circonférence postérieure ou sur l'antérieure, offrirait plus d'avantages que les autres méthodes ; mais dans le seul cas où il ait opéré ainsi, le succès a fait défaut.

B. Épisioraphie. — Fricke (de Hambourg) s'est éloigné autant des véritables indications, quand il a proposé contre le prolapsus de réunir la vulve. L'opération se pratique en avivant la face interne des grandes lèvres, que l'on réunit ensuite par la suture, comme s'il s'agissait de la périnéoraphie. On aura soin de laisser en arrière un petit pertuis pour l'écoulement des liquides, en avant une ouverture plus grande pour *conserver les fonctions génitales*. L'utérus est soutenu alors par un plancher artificiel; seulement ce plancher est trop bas, et la cure radicale n'est que l'échange d'une infirmité grave en une autre qui ne l'est guère moins.

En résumé, nous voyons que des procédés rappelés plus haut, les uns, ceux qui ne dépassent pas la vulve, restent bien au-dessous du mal ; que cette transformation d'une chute en un abaissement, au prix d'une difformité réelle, mérite à peine le nom de cure radicale. Combien de femmes aimeront mieux, surtout si elles sont encore jeunes et mariées, s'astreindre à porter un pessaire et conserver ainsi les facultés génitales, toutes compromises qu'elles sont! Passe encore si le prolapsus était une affection qui compromît la vie ; mais que de malades, malgré tout l'embarras qu'il leur cause, le portent jusqu'à un âge avancé! Par ces motifs, je repousse toute opération de ce genre. Je repousserais de plus, à cause de l'écoulement cataménial ou leucorrhéique, l'oblitération du vagin, si, au lieu d'avoir été seulement proposée, elle avait été mise à exécution. — Les procédés qui rétrécissent seulement le vagin, bien que plus rationnels et à l'abri de tels inconvénients, n'en sont pas moins fort insuffisants. Tous manquent à cette indication, que nous jugeons essentielle (nous en tenant à ce qui ressort de nos observations), d'agir longtemps, sur une grande surface, ainsi qu'à une grande profondeur. C'est pourquoi l'excision de deux lambeaux du vagin, avec réunion immédiate de la plaie, n'a jamais réussi complétement.

Une réunion immédiate se fait en peu de temps, et ne se fît-elle pas, une plaie par instrument tranchant, hors le cas d'accidents, ne développe pas très-loin autour d'elle une zone inflammatoire. Enfin c'est une opération que l'on fait une fois pour toutes, tandis que le succès, j'en ai la convic-

tion, ne doit suivre que des opérations réitérées, dont l'effet se fasse longtemps sentir. La cautérisation mérite seule une mention à part. Elle ne réussit que très-rarement, par exception ; mais elle réussirait sans contredit si les rapports du vagin avec le rectum et la vessie ne venaient jeter des entraves à une application vigoureuse de la méthode.

La *parturition*, qui figure pour une si large part au chapitre des causes du prolapsus, doit-elle aussi compter au nombre des moyens curatifs ?

Delloir l'a dit, M. Moreau le pense. L'opinion du savant professeur, exprimée d'un seul mot, paraît assez singulière. Est-elle, au contraire, présentée avec les développements convenables, entourée des précautions qu'elle exige, on s'étonne moins qu'elle soit soutenue : « Lorsque la femme, dit M. Moreau, n'a point perdu l'espoir d'être mère, le médecin peut lui conseiller une nouvelle conception, mais à la condition que, pendant les trois ou quatre premiers mois, la malade garde le repos le plus absolu dans une position horizontale. » (Jusque-là l'utérus n'étant pas soutenu au-dessus du détroit supérieur.) « Dans les derniers temps de la grossesse et au moment de l'accouchement, on aura soin que la femme ne conserve pas la position verticale. Dès le début du travail, on la fera coucher sur le dos ; on conservera avec soin la poche des eaux jusqu'à ce que le col soit suffisamment dilaté ; on soutiendra le col au moyen d'un doigt placé dans le vagin jusqu'à ce que la tête soit franchie, afin que l'enfant n'entraîne pas l'utérus avec lui ; on veillera à ce qu'elle ne se livre pas à des efforts immodérés d'expulsion. » (Moreau, TRAITÉ PRATIQ. DES ACCOUCHEM., t. I, p. 208.) Pour moi, toutes les femmes que j'ai eu l'occasion d'interroger m'ont affirmé qu'après chaque nouvelle couche, le prolapsus avait augmenté.

II. — MÉTHODE CURATIVE NOUVELLE.

Pincement du vagin.

Le nom que je donne à la méthode que je préconise a le grand avantage, à raison même de sa simplicité, d'être parfaitement intelligible, et surtout de bien rendre suivant quel mode le vagin est attaqué par les instruments qu'on y applique : ce sont des pinces qui soumettent un pli de cet organe à une pression continue, jusqu'à ce qu'il soit mortifié. Elles deviennent la cause physique d'une inflammation lente, circonscrite au conduit vulvo-

utérin, au tissu cellulaire ambiant, et dont le résultat final est pour le vagin un rétrécissement plus ou moins fort, une augmentation de tonicité, et pour l'utérus un retour de la fixité qui lui manquait.

Le pincement du vagin, en tant que méthode curative, n'a point encore été exécuté, si je m'en rapporte aux auteurs classiques, à M. le professeur Velpeau, entre autres, dont le TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE est si riche d'érudition. J'invoque de plus, à l'appui de ce que j'avance, l'opinion de M. le professeur Nélaton, dont le savoir n'est égalé que par la bienveillance à accueillir les tentatives nouvelles. Voici comment s'est exprimé M. Nélaton dans une leçon clinique sur la chute de l'utérus, après avoir décrit les procédés connus : « Arrive maintenant une méthode toute nouvelle, et que je vais employer devant vous ; on la doit à M. Desgranges (de Lyon). M. Desgranges a eu l'excellente idée, suivant moi, d'employer une foule de petites pinces qu'il place dans le vagin ; il les laisse ensuite tomber d'elles-mêmes. Inventé il y a un an, ce procédé compte déjà des succès. » (GAZETTE DES HÔPITAUX, 21 fév. 1852, n° 22, p. 85.) J'ajouterai enfin que la méthode a été acceptée comme nouvelle par M. le professeur Laugier, par MM. Hardy et Vigla, agrégés de la Faculté de Paris, lorsque, sous la présidence de M. Nélaton, ils eurent à examiner la thèse de M. le docteur Damiron, interne distingué des hôpitaux de Lyon, thèse fort bien faite, sous ce titre : DU PROLAPSUS UTÉRIN ; DE SA CURE RADICALE. (Paris, 16 juin 1852.)

A l'époque où je fis mes premiers essais, je ne suivais aucune idée préconçue ; je cédais uniquement aux vives instances d'une malade pressée du désir de guérir. Le cas était embarrassant. D'un côté, si je trouvais une constitution forte et bonne ; de l'autre, je voyais un prolapsus des plus graves : le col descendait à *douze* centimètres au-dessous du méat urinaire. La cautérisation, appliquée à diverses reprises, n'aboutit pas au résultat cherché ; force fut donc de recourir à quelque moyen plus énergique. Dire tous les tâtonnements des premières épreuves, toutes les précautions que je pris, ce serait aussi long qu'inutile. Quelque péuible que fût la maladie que je me proposais de guérir, puisqu'elle n'était pas incompatible avec la santé, je ne voulais et ne devais rien faire qui pût compromettre la vie, rien qui pût, en cas de non-réussite, aggraver l'état local ; car on l'a dit : *Primo non nocere.*

C'est vers la fin de 1850 que je traitai ma première malade (celle de l'obs. II) : le succès dépassa mon attente. J'en traitai une seconde, une troisième, et de nouveau j'eus le bonheur de réussir. Tout en me réser-

vant de juger plus tard définitivement la méthode, je crus devoir garantir mes droits à la priorité par une communication à l'Académie de médecine. J'envoyai donc à cette savante compagnie, le 3 juin 1851, mes trois premières observations, des planches où étaient figurés les instruments, la description du manuel opératoire, plus une lettre où je faisais un exposé sommaire du pincement du vagin et de ses heureux effets. — Depuis lors j'ai apporté quelques modifications aux instruments, et partant au manuel opératoire, à l'occasion de certaines difficultés que j'ai rencontrées, et dont il sera fait mention plus tard.

D'où il suit que le pincement du vagin comprend *deux procédés :*

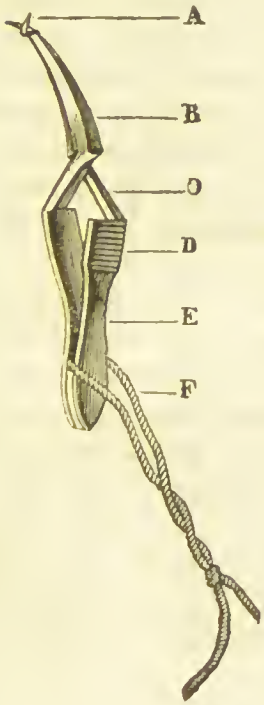
Le *premier*, plus expérimenté, que je décrirai d'abord ;

Le *second* mis une seule fois en usage, mais que je soumettrai à de nouvelles épreuves, car je le crois bon aussi.

§ I. — Premier procédé.

Je n'en finirais pas si je voulais faire l'histoire complète de ce procédé, présenter tous les instruments qui m'ont servi et discuter la valeur de chacun en particulier. Je me contenterai de faire connaître ceux qui les résument tous et dont j'ai fait le plus fréquent usage ; c'est aussi d'après ceux-là seulement que je parlerai du manuel opératoire.

Fig. 1.



A. Instruments.

1° Pinces vaginales. — J'appelle de ce nom, à cause de l'organe qui les reçoit, de petites pinces à branches croisées, dont les mors, légèrement incurvés sur les bords, pressent l'un contre l'autre par l'élasticité des ressorts.

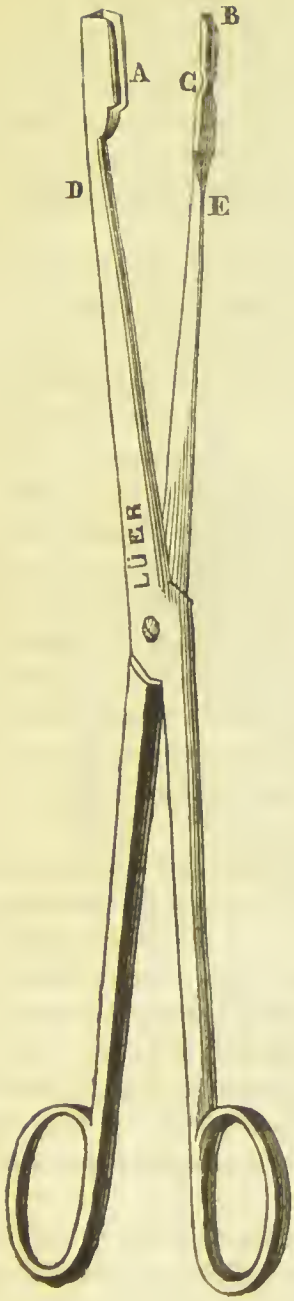
A. Dents en saillie.
B. Mors taillés en demi rond.
C. Tige d'entre-croisement.
D. Portion taillée en lime.
E. Ressort.
F. Anse de fil passée dans les ressorts.

La pince vaginale, de moyenne grandeur, mesure d'une extrémité à l'autre 70 à 75 millim. Les ressorts, jusqu'à la portion taillée en lime, ont environ 32 millim. de long sur 5 millim. de

large. La portion taillée en lime n'a pas plus de 5 millim. d'étendue; elle est, en outre, en saillie sur la branche gauche, quand on regarde la pince par sa convexité, et simplement de niveau sur la branche droite. Les mors taillés en demi-rond sont incurvés suivant les arêtes; ils n'ont pas plus de 23 millim. de long et se touchent réciproquement par une surface plane hérissée d'inégalités. L'extrémité libre de chaque mors est armée d'une dent saillante en avant. Ces dents en saillie, longues de 3 millim. et entre-croisées obliquement, quand la pince est fermée, font avec l'axe de l'instrument un angle d'environ 140°, disposition qui leur permet de pénétrer assez loin dans les tissus, de les ramasser en un repli qui reste soumis à la pression des mors. La tige d'entre-croisement n'a guère que 10 millim.; son obliquité varie suivant l'écartement que l'on veut donner à la pince. L'écartement d'une pince bien faite, si on le mesure de la racine d'une dent à l'autre, doit être de 25 mill.; de plus la force des ressorts sera telle qu'en écartant les mors par leur extrémité, il faille seulement pour les disjoindre une puissance égale au poids de 200 grammes. Des pinces plus petites auraient une action trop faible, trop limitée; car, même dans les proportions que j'indique, il est malaisé d'avoir un bon ressort. On pourrait augmenter les dimensions des pinces, les rendre plus fortes et susceptibles de plus d'écartement. De nombreuses tentatives en ce genre, des modifications variées, m'ont effectivement démontré que la constriction sur une large échelle n'a pas plus de dangers que resserrée dans d'étroites limites: mais je ne le conseille pas; j'y verrais même l'inconvénient pour un faible avantage de compliquer l'appareil instrumental. Le chirurgien aura une dizaine de pinces à sa disposition; il passera entre les branches de celles qui doivent lui servir un fil qu'il nouera sur le bandage en T; sans cela les pinces se perdraient.

2° Tenette a gouttière (fig. 2). — Destinée à mettre en place la pince vaginale, la tenette à gouttière ressemble à une longue pince à pansement, dont les mors auraient été modifiés. Sa longueur totale doit être de 21 à 22 centim., et la force de ses branches assez grande pour permettre une vigoureuse pression sur les anneaux. L'extrémité de la tenette mérite seule une description détaillée.

Fig. 2.

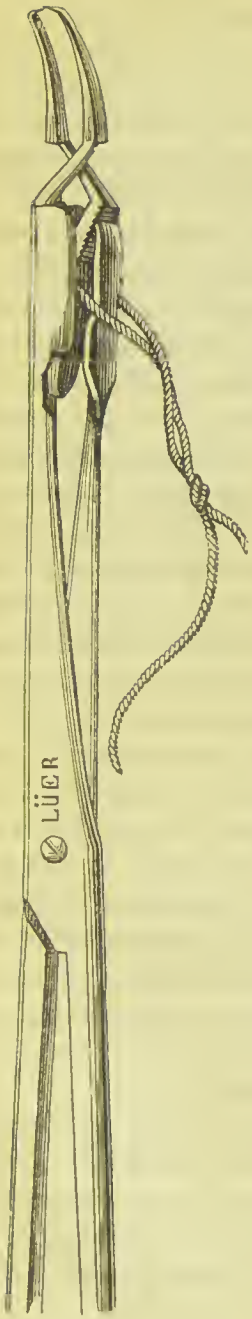


A. Gouttière.
B. Arête transversale.
C. Échancrure.
D. Branche à gouttière.
E. Branche plane.

A ce niveau, les deux branches cessent d'être symétriques: l'une est *plane*, l'autre munie d'une *gouttière*. La gouttière, qui termine la branche de ce nom, est formée de deux valves parallèles, longues de 30 millim., arges de 8 et écartées de 7. L'espace qu'elles limitent ainsi donne l'idée d'un prisme rectangulaire. Le fond de la gouttière est une surface plane, pointillée, en rapport avec la branche opposée. La branche *plane*, plus courte que l'autre de 4 millim., dépourvue de rebords latéraux, présente vers son extrémité une *arête transversale*, saillante en dedans, qui doit s'enchevêtrer avec les inégalités de la portion taillée en lime des pinces vaginales. Les bords latéraux de la branche plane sont légèrement échancrés pour recevoir le fil qui tient la pince. La diminution de longueur de la branche plane a pour effet d'appliquer la pince au fond de la gouttière et de l'y maintenir solidement fixée. Les branches arrivent au contact suivant une surface plane, mais pointillée, pour augmenter le frottement et garantir la solidité de l'instrument monté. Cette tenette à gouttière se manœuvre comme une pince à pansement, ou encore comme une tenette à calcul vésical.

Ainsi combinés, ces deux instruments (fig. 3), de petit volume, peuvent être portés dans le vagin à toutes les profondeurs. Ce n'est que vers la fin de la médication, lorsque le vagin est déjà fortement rétréci, sans l'être cependant au point voulu, que l'on

Fig. 3.



pourrait éprouver quelques difficultés. La pince vaginale se place très-aisément dans la gouttière ; seulement on aura soin de mettre en rapport avec la branche plane la partie taillée en lime saillante, de ramener l'anse de fil au niveau des échancrures pour éviter tout frottement, et d'enfoncer la pince dans la gouttière jusqu'à l'angle saillant des branches.

3° Instruments accessoires. — Ceux dont j'ai reconnu l'utilité sont le spéculum *matricis* des anciens et un gorgeret.

Ce spéculum trivalve, déjà figuré dans A. Paré, est commode par la simplicité de son mécanisme, par le grand écartement auquel il se prête, par la facilité qu'il donne de voir à nu le vagin en trois sens. Ordinairement les parois vaginales, quand le conduit est d'une grande laxité, font hernie entre les valves et remplissent en partie ce calibre de l'instrument, sous forme de trois replis longitudinaux. Ces bourrelets servent admirablement la méthode par pincement, en se plaçant d'eux-mêmes entre les mors qui viennent les saisir.

Le gorgeret dont je me sers est celui de la lithotomie. Je le choisis toujours sous forme de gouttière débarrassée de crête médiane. J'avais pensé qu'il serait avantageux d'y faire mettre une arête longitudinale que l'on saisirait entre les dents de la pince pour éviter toute chance de déviation ; mais il est si facile de suivre l'instrument dans toute sa longueur qu'une telle précaution me paraît superflue.

On fera bien aussi, la première fois au moins, de soutenir l'utérus au moyen d'un *embout*. Il suffit pour cela d'une tige de buis

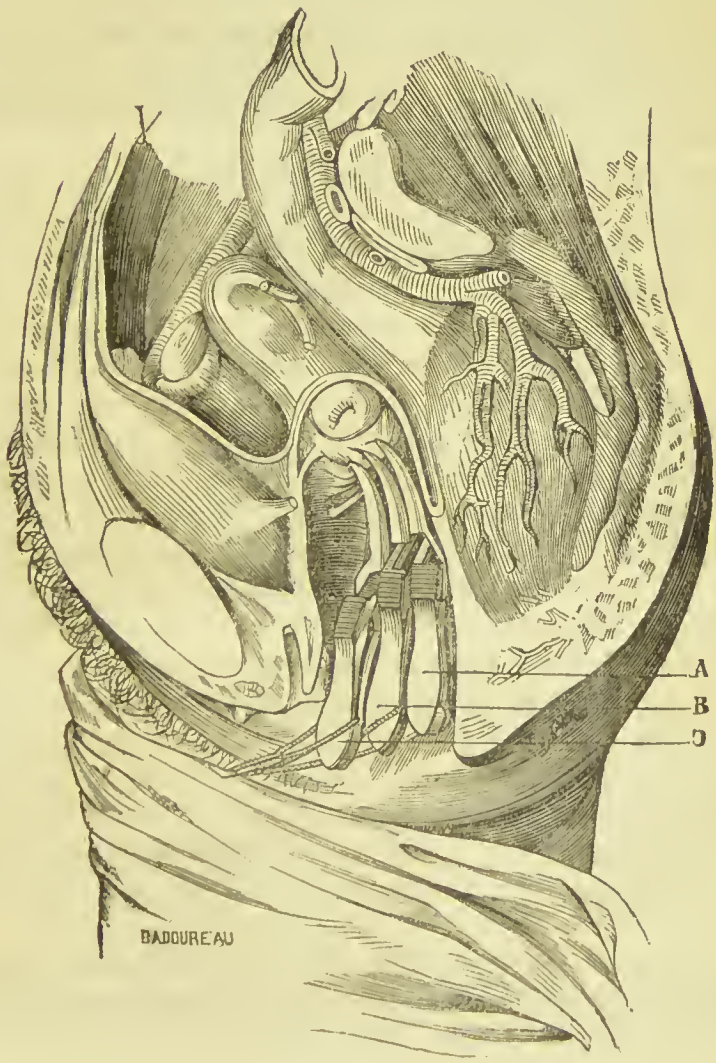
légèrement incurvée, suivant la direction normale du vagin, et pourvue à l'une de ses extrémités d'un renflement olivaire, à l'autre, d'un orifice capable de recevoir un fil. Ajoutons, pour terminer, un bandage en T double qui servira à fixer l'embout, et sur lequel on nouera les fils passés dans les branches des pinces.

B. MANUEL OPÉRATOIRE.

Explication de la figure 4. — Coupe du bassin représentant la vessie l'utérus, le rectum entiers, et le vagin ouvert.

A, B, C. Pinces vaginales appliquées.

Fig. 4.



La malade, préparée par le repos, de grands bains, quelques légers cathartiques, un lavement laxatif la veille, est mise en position comme pour l'examen au spéculum, couchée sur le dos, les cuisses fortement écartées.

Le spéculum trivalve des anciens est alors introduit, le manche tourné vers le pubis et écarté jusqu'à 15 centimètres de circonférence, c'est-à-dire que, pour ceindre les valves écartées, il ne faudrait pas moins d'une longueur de 15 centimètres. Ordinairement le vagin fait hernie dans le spéculum, qu'il obstrue en partie par trois bourrelets longitudinaux, de la vulve au col utérin, l'un en arrière, les deux autres de côté; d'autres fois au contraire, si le conduit est moins relâché, il reste plus ou moins tendu en dehors des valves écartées. Le col ne se présente pas toujours au fond de l'instrument; il se peut qu'il reste de côté, qu'il se glisse entre les valves comme le vagin, et ne se décèle, avec ses caractères propres, qu'après un examen attentif.

A l'aide du *speculum matricis*, rien n'est aisé comme d'introduire les pinces vaginales montées sur la tenette, et de les mettre en place : il suffit pour cela, dès qu'on est arrivé sur le lieu d'élection, de presser fortement sur les anneaux de la tenette, qui, réagissant sur la pince, l'ouvre dans toute sa longueur. On met la pince à cheval sur le bourrelet, puis, en diminuant la pression sur les anneaux, elle s'implante d'elle-même dans les tissus. Lorsque la paroi vaginale, au lieu de faire hernie, reste tendue en dehors des valves, on parvient encore à la saisir en appuyant contre elle les dents en saillie de la pince vaginale. Chacun de ces bourrelets ou de ces espaces pouvant recevoir deux ou trois pinces, il en résulte que le nombre total de celles qu'on emploie varie de six à neuf, et, règle générale, il faut en mettre le plus que l'on peut. Il est préférable de commencer par la paroi postérieure, et même sur celle-ci par la pince la plus rapprochée de la vulve. L'opérateur trouvera plus de facilité à passer la deuxième et la troisième par-dessus la première, qu'à soulever celle-ci pour arriver au-dessous. Sur la paroi antérieure, ce sera le contraire, attendu que la pince, en vertu de son poids, s'écarte du vagin, laissant à découvert tout ce qui est en avant. De chaque côté les applications se font en commençant par la pince la plus rapprochée de la vulve, et pour faciliter le passage des suivantes, on tient par le fil, collée contre le vagin, celle qui vient d'être mise.

Le spéculum retiré sans être fermé, on introduit sur le doigt l'embout dans le vagin, puis on le fixe solidement sur les bandes verticales d'un

bandage en T double. Ce bandage est placé de façon que l'union des bandes verticales avec la bande transversale soit au niveau de l'hypogastre; chacune des bandes verticales contourne la partie supérieure de la cuisse, pour venir s'arrêter vers le grand trochanter, sur la bande transversale. Il ne faut pas craindre de serrer assez fort, pas au point cependant de déterminer de la constriction et de la douleur. Le fil qui attache l'embout au bandage doit être plutôt en arrière qu'en avant; la pression de l'urètre contre le pubis pourrait gêner, arrêter même l'émission des urines. Ce petit accident sans gravité disparaît aussitôt que l'on a repoussé cette tige en arrière. Les fils qui tiennent les pinces sont rassemblés, noués ensemble et attachés au bandage.

Cette première application terminée, la malade est reportée dans son lit et condamnée au repos absolu.

Les pinces tombent en général du cinquième au dixième jour, plus tôt ou plus tard, suivant l'épaisseur du repli comprimé.

Le spéculum devra servir jusqu'à ce que les parois du vagin ne fassent plus saillie entre les valves, que son ouverture à 15 centimètres provoque de la douleur ou détermine un écoulement sanguin par quelques éraillures.

A la deuxième application, le manche du spéculum est tourné vers le coccyx, de sorte que les bourrelets saillants regardent l'un en avant, les deux autres de côté. De cette manière, tous les points du vagin sont traités alternativement. L'application des pinces doit commencer de chaque côté et finir en avant. On se rappellera aussi ce que nous avons dit au sujet du point le plus convenable pour recevoir la première pince. Aux opérations suivantes, le spéculum serait incliné en divers sens, dans le but d'arriver toujours sur quelques points épargnés précédemment. Il faut éviter de se servir trop longtemps du spéculum, qui n'est réellement utile qu'autant qu'il est très-écarté. Jusqu'ici je n'ai jamais dépassé trois fois.

Le spéculum une fois mis de côté, c'est le *gorgeret* ou le *doigt* qui va nous servir de conducteur. Dans le premier cas, on choisit avec l'indicateur le point destiné à recevoir la pince, et sur ce doigt on fait glisser le gorgeret, que l'on retourne ensuite jusqu'à ce qu'il appuie, par sa convexité, sur la paroi à saisir. La pince vaginale, montée sur la tenette, est alors introduite, en glissant dans la gouttière du gorgeret, qu'elle ne touche que par la pointe de ses dents. Tout le système doit être tenu rigoureusement dans l'axe du conducteur, sous peine de dévier et de s'arrêter avant que l'on soit à la profondeur voulue. Lors donc qu'on est arrivé à

l'extrémité du gorgeret, on le reconnaît sans peine à la chute que fait la pince, en même temps qu'à la cessation du contact métallique. Le conducteur est immédiatement retiré, et la pince fixée dans les tissus en faisant jouer la tenette, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Si l'on se contente du doigt, on cherche avec la pulpe le point d'application, sur lequel on presse légèrement ; après quoi l'on fait pénétrer la pince parallèlement à ce conducteur, en ayant soin de ne l'effleurer que superficiellement et avec les dents de la pince, afin de ne pas être arrêté et surtout de ne pas se blesser. Une fois sur le lieu d'élection, on fait mordre la pince en l'écartant au maximum et en l'appuyant avec un certain degré de force contre la paroi vaginale.

La paroi postérieure du vagin, mieux que toutes les autres, se prête à l'exécution du procédé ; elle permet de saisir le conduit dans une grande étendue. Effectivement, le doigt introduit dans le rectum, tandis qu'on tient les pinces très-écartées, donne la facilité de faire saillir entre les mors cette paroi du vagin, et d'en faire saisir une bien plus grande portion. De plus, on sent que le vagin, resserré par l'instrument, *glisse sur le rectum, qui reste tout à fait étranger à l'action mécanique.* Je n'ai point encore osé introduire une sonde dans la vessie, afin de faire proéminer la cloison vésico-vaginale : la difficulté de sentir la vessie glisser au-dessus de la partie saisie et la crainte d'une fistule vésico-vaginale m'ont toujours arrêté.

Les parois latérales, manquant de point d'appui, fuient devant la pince, et, somme toute, on en tient dans les mors moins qu'on ne le supposerait tout d'abord. Pourtant c'est vers elles que l'attention du chirurgien doit se porter, vu leur plus grand éloignement d'organes à ménager et leur voisinage du tissu cellulaire pelvien, dont l'inflammation lente et limitée doit fournir les conditions d'une guérison solide.

Aussi longtemps que l'embout peut être introduit aisément, il faut en faire usage, comme moyen de remédier à l'indocilité de certaines malades, qui continuent à marcher, à courir, à sauter, malgré les recommandations les plus pressantes.

Le nombre total des applications faites à chaque malade n'a pas jusqu'à présent dépassé *dix;* quelquefois il a été moindre. Je ne puis donner des règles précises à ce sujet ; c'est au chirurgien de juger si les inégalités du vagin, les brides cicatricielles, le rétrécissement, indiquent un travail assez grand dans cet organe, et tout autour, pour espérer une guérison complète. Les premiers pas de la malade feront apprécier si la récidive est imminente,

ou si, au contraire, en même temps que l'utérus reste en place, les accidents attachés au prolapsus ont sensiblement diminué ou disparu.

Mieux vaut trop que pas assez : voilà ma règle de conduite. Mieux vaut des applications trop répétées que peu nombreuses ; mieux vaut à chaque application introduire beaucoup de pinces, quatre, six, neuf, que de laisser vide un espace qui peut en recevoir. Il est préférable aussi de les disséminer, plutôt que de les agglomérer sur un point ; et malgré le moindre avantage qu'il y a à traiter la cloison vésico-vaginale, il ne faut pas la négliger.

Par ordre d'importance, je mets en première ligne, au même rang, les parois latérales, ensuite la paroi postérieure, et en dernier lieu, la cloison vésico-vaginale.

Je ne crains pas de le dire, l'opération n'est pas douloureuse, à moins qu'au lieu d'agir sur le vagin, on n'atteigne le col, qui se glisse encore facilement entre les mors de la pince. La douleur est vive à cet instant ; elle s'irradie aux lombes, dans l'abdomen, trahissant la méprise, qui se reconnaît avec le doigt et se corrige en retirant la pince. La sensibilité redevient exquise au voisinage de la vulve ; aussi, pour épargner des douleurs, faut-il se limiter aux trois quarts supérieurs du vagin. Les extrémités libres des pinces, surtout quand il y en a beaucoup, peuvent, par les frottements continus qu'elles exercent, excorier la muqueuse, finir par la déchirer, si l'on ne prend soin de la protéger avec une bandelette de diachylon placée circulairement entre les pinces et la vulve. J'ai vu aussi, une seule fois je crois, les petites lèvres, légèrement œdémateuses, proéminer au dehors et causer quelque gêne, sans que les choses toutefois arrivassent au point qu'il fallût enlever les instruments, encore n'était-ce que dans un cas où le nombre des pinces était considérable.

C. SUITES DE L'OPÉRATION ; RÉSULTAT DÉFINITIF.

A. La réaction générale est si faible, qu'à peine est-il permis de la constater après les deux ou trois premières applications, celles où l'on peut introduire un grand nombre de pinces ; elle est si courte, qu'un jour ou deux suffisent à sa disparition, qu'une réduction de régime est tout ce qu'elle réclame. Une légère accélération du pouls, dont la force et la plénitude sont à peines exagérées, un peu de céphalalgie, de coloration à la face, de chaleur à la peau, un enduit blanchâtre sur la langue, de la soif, de l'inappétence : voilà ce qu'on observe. Parfois aussi de légères douleurs aux lombes, dans l'abdomen ou vers la fosse iliaque.

B. Les pinces, avons-nous dit, tombent du cinquième au dixième jour. Elles laissent à découvert une petite plaie qui suppure et dont le pus mélangé au mucus utérin devient l'une des sources de la perte constante qui suit le traitement.

Si l'on touche à ce moment, on trouve de petits lobules hémisphériques, plus ou moins saillants, dont le volume varie d'un pois à une demi-noisette ; ils ont une consistance assez dure qui rappelle celle des tissus mous enflammés.

C. Le vagin perd graduellement de son calibre, de sa mobilité ; plus tard, avec les progrès de la cicatrisation, il se couvre de brides inodulaires ; enfin, le rétrécissement peut arriver au point que le conduit n'admette plus qu'un seul doigt sans être tiraillé. Avec le temps, cet état se modifie ; les nodosités s'affaissent, disparaissent même ; le vagin reprend de la souplesse, et sauf le calibre, qui ne reviendrait pas de lui-même, il y a un retour marqué vers l'état normal.

Le col reste dans l'axe du vagin, le museau de tanche à distance du méat urinaire de *cinq* à *sept* centimètres. La longueur de l'organe est donc bien suffisante à la copulation ; le rétrécissement ne saurait pas non plus offrir d'obstacles, soit au coït, soit à l'accouchement ; une des observations qui suivent en fournira la preuve, indépendamment d'autres faits que l'on pourrait invoquer à l'appui.

Il n'est point rare que le col contracte des adhérences en avant. Le contact des pinces ulcère la muqueuse de cet organe, en même temps qu'il se fait une plaie au vagin, et la cicatrisation au fond d'un cul-de-sac agit comme à toutes les commissures, en réunissant les parties séparées. L'adhérence s'établit plus volontiers en avant, probablement parce que le cul-de-sac y est moins profond qu'en arrière, et la paroi antérieure plus mobile que la postérieure. D'où résulte une arrière-cavité, que limitent en avant le col et le vagin dans tous les autres sens. Cette arrière-cavité est séparée de la partie antérieure du vagin par une sorte d'anneau plus ou moins complet, plus serré que le reste, et dû à la rétraction des brides cicatritielles.

II. — OBSERVATIONS.

J'arrive à l'ensemble des faits qui servent de base à tout ce qui précède. Je les exposerai en détail pour qu'on puisse bien les apprécier et voir tout le soin que j'ai mis à rechercher la vérité, bien loin de céder au premier feu de l'enthousiasme.

CHUTE DE L'UTÉRUS; GUÉRISON PARFAITE DEPUIS LE 14 JANVIER 1852. (Observation de M. le professeur NÉLATON; leçon recueillie par MM. BAUCHET et GAILLET, *in* GAZETTE DES HÔPITAUX, n° 22, 21 février 1852.)

OBS. I. — « Au n° 15 de la salle des femmes (hôpital des Cliniques) se trouve une malade âgée de 54 ans, d'une constitution bonne et forte, qui nous raconte les faits suivants :

» Elle a eu cinq grossesses accompagnées d'un travail pénible. Elle a mis son dernier enfant au monde il y a dix ans.

» Il y a cinq ans, en remuant un fardeau assez lourd, elle fit un violent effort, et éprouva au même moment une douleur vive dans les reins, du côté du bassin et des aines. Depuis cette époque, restait-elle debout, faisait-elle quelque course, ou se livrait-elle aux soins du ménage, elle éprouvait dans la région pelvienne et dans les aines un tiraillement pénible. Il lui semblait qu'un corps tendait à s'échapper de la vulve. Elle put néanmoins continuer à travailler. Mais au bout d'un certain temps, la douleur, la gêne augmentèrent, l'émission des urines devint difficile.

» Il y a quatre à cinq mois, elle fut prise d'une rétention d'urine, et elle entra à l'hôpital. On la sonda, puis, pour la guérir, on lui fit prendre des globules homœopatiques. Grâce à ce traitement la maladie continua, et enfin la malade entre dans nos salles.

» En somme, cinq grossesses pénibles, la dernière il y a dix ans; un violent effort il y a cinq ans; apparition d'une tumeur vers l'orifice vulvaire.

» Disons-le de suite, il s'agit d'une chute de l'utérus.

» A l'aide du spéculum, neuf grosses serre-fines sont placées dans le vagin, tant sur la paroi antérieure que sur la paroi postérieure du vagin, après que l'utérus a été remis à sa place. La malade garde le lit.

» 31 décembre. Il n'est survenu aucun accident; pas de douleur; un léger écoulement blanc. Les serre-fines sont tombées successivement; les dernières seulement il y a quarante-huit heures. La malade s'est levée; l'utérus n'est pas descendu. Et vous avez pu entendre tout à l'heure cette femme répondre aux questions que je lui adressais sous toutes les formes, qu'elle se trouvait beaucoup mieux, qu'elle se trouvait guérie. Mais, quoique l'utérus reste en place, je crois qu'il est prudent de faire une nouvelle application de ces petites pinces.

» Dix nouvelles petites pinces sont appliquées de la même manière que les précédentes; on remarque, en portant le doigt dans le vagin, de petites élevures produites par le pincement des serre-fines.

» 14 janvier 1852. Les petites pinces sont tombées comme les précédentes, un peu plus tôt cependant. La malade est levée, et n'a aucune gêne, aucune incommodité. Les serre-fines ont été aussi bien supportées que les premières. Il n'y a eu aucun accident. Cette femme se croit tellement bien guérie qu'elle voudrait qu'on ne lui fît plus d'application de ces petites pinces, elle qui désirait tant le

secours de la chirurgie. Depuis deux jours vous m'entendez, messieurs, lui adresser mille questions, et à chaque question elle me répond invariablement qu'elle se trouve comme avant son accident, et cependant la maladie date de cinq ans. La malade a pu faire son lit sans rien ressentir du côté du bas-ventre. Malgré cela je me décide à faire une troisième application de serre-fines; je crois que ce sera la dernière. Je tâcherai de de pas perdre la malade de vue, afin de savoir si la guérison se maintiendra. Le méthode que j'ai mise en usage est une méthode nouvelle, on ne peut pas s'entourer de trop de précautions pour la juger; elle est si simple et paraît si efficace!

» Huit nouvelles serre-fines sont placées de la même manière que les précédentes. On constate encore l'existence de ces petits plis dont il a été dit un mot plus haut. »

Le complément de cette observation, je le dois à M. le professeur Nélaton lui-même, qui a daigné m'apprendre que cette femme est toujours parfaitement guérie.

Voilà un résultat des plus remarquables et par sa solidité et par le petit nombre d'applications qui a suffi à le donner; pour moi il est infiniment précieux, eu égard à la position élevée, au très-grand mérite de l'habile chirurgien à qui je l'emprunte.

CHUTE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS; LE MUSEAU DE TANCHE A 12 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DE LA VULVE; TRAITEMENT PAR LA CAUTÉRISATION; RÉCIDIVE; TRAITEMENT PAR LES PINCES VAGINALES; GUÉRISON PARFAITE DEPUIS LE 2 NOVEMBRE 1850.

Obs. II. — Marguerite Favoullet entre à l'Hôtel-Dieu le 6 avril 1850, salle Saint Paul, n° 12.

C'est une jeune fille de 18 ans, forte, bien portante, qui depuis l'âge de 15 ans jusqu'en octobre 1849, a joui d'une menstruation régulière et abondante. Il y a environ huit ans qu'à la suite de causes qu'elle ne se rappelle point, elle vit survenir la tumeur qui l'amène à l'hôpital. Sauf quelques cuissons, une assez grande gêne dans la station assise et quelque difficulté dans la marche, elle ne souffrait ni ne se plaignait, pensant qu'il en était de même pour toutes les autres femmes.

Depuis six mois, suppression des règles et leucorrhée assez abondante qui dure encore aujourd'hui. La malade raconte que la matrice, il y a trois mois, est rentrée d'elle-même au milieu de la nuit; qu'elle est restée deux jours en place; mais qu'ayant fortement écarté les jambes pour sauter un ruisseau, elle a senti l'organe se déplacer de nouveau. Ce ne fut que quelque temps après cette rechute qu'elle osa parler de ce qu'elle éprouvait et qu'on lui fit comprendre la gravité de sa position.

État local. On voit sortir de la vulve une tumeur ovoïde, longue de *douze*

centimètres, libre, perforée à son extrémité inférieure, et que l'on reconnaît être l'utérus déplacé. La surface de cette tumeur est fermée par les parois vaginales, sur lesquelles on aperçoit les stries transversales propres à ce conduit; seulement la muqueuse est sèche, d'apparence cutanée. Entre la base de la tumeur et les grandes lèvres, le doigt ne trouve aucun passage, aucune rainure où il puisse s'engager. En avant, le méat urinaire est un peu abaissé. Le col est exempt d'engorgement et configuré comme chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Sa surface est exulcérée dans toute son étendue; son orifice, étroit et circulaire, est obstrué par une petite masse de mucosités transparentes.

L'état général est très-satisfaisant : pas de céphalalgie ni d'embarras gastrique; absence complète de douleur aux lombes et dans les cuisses; l'abdomen partout souple et indolent. A part quelques cuissons sur la tumeur, la malade n'a jamais souffert; la miction et les selles ont toujours été libres.

Pour faire la réduction, la malade étant couchée sur le dos, les cuisses écartées, on saisit de la main droite, la tumeur bien graissée, tandis que de la gauche on en comprime circulairement la base au niveau des pubis. Alors par pressions modérées et méthodiques, on repousse lentement l'utérus qui cède peu à peu et rentre complétement. Pour achever le refoulement, on introduit dans le vagin deux doigts qui, en pressant sur le col, le forcent à remonter aussi haut que possible. Après l'opération, les organes génitaux ont recouvré leur forme normale, à part toutefois la grande laxité et l'énorme amplitude du vagin.

A cette époque, je n'avais aucune idée de traitement arrêtée. J'essayai cependant, sans trop me flatter d'un succès, la cautérisation du vagin avec le caustique Filhos, que j'adoptai de préférence comme plus facile à faire agir sans danger.

Les cautérisations, au nombre de six, furent pratiquées tantôt sur quatre points opposés, tantôt sur toute la surface du conduit vulvo-utérin. Le résultat obtenu après deux mois de traitement fut un certain rétrécissement du vagin, la formation de quelques brides cicatricielles et des adhérences du col à la cloison vésico-vaginale. La matrice ne sortait plus, et la malade, qui s'ennuyait à l'hôpital, soutint qu'aucun déplacement ne s'était reproduit.

Le 21 juin, elle demande à sortir. *Exeat.*

Je revis la malade quelque temps après son départ de l'Hôtel-Dieu; je la touchai, et déjà je trouvai l'utérus plus bas qu'au dernier examen. Mais sur l'affirmation qu'elle me donna de se trouver très-bien, je ne désespérais pas de voir cet état persister, lorsqu'au bout de six semaines, à compter de sa sortie, elle vint me demander à rentrer dans le service, m'avouant que malgré tout ce qu'elle avait pu dire, elle s'était aperçue que *la matrice n'était pas à sa place.* Il est vrai qu'au lieu de prendre des précautions, elle s'était livrée tout de suite à un travail pénible, joint à ce que je ne lui avais à dessein conseillé l'usage d'aucun moyen mécanique.

Je trouvai le col utérin retombé au-dessous de la vulve.

Marguerite rentra donc à l'Hôtel-Dieu le 15 août 1850 pour y suivre un traitement qui devait cette fois avoir plus de succès.

Après deux nouvelles cautérisations, je m'arrêtai à l'idée de faire construire de petites pinces propres à saisir une faible portion du vagin et à l'étreindre fortement. La première application en fut faite le 6 *septembre*, et jusqu'au 2 novembre les opérations, en somme, furent au nombre de *sept*. Cette première fois je ne mis que *trois pinces*, et le quatrième jour je les enlevai. Leur construction laissait beaucoup à désirer.

23 septembre. Nouvelle application de *deux pinces;* elles sont enlevées le 28.

28 septembre. Application de *six pinces;* elles tombent du deuxième au quatrième jour.

4 octobre. *Six pinces* sont de nouveau mises en place; elles tombent du septième au huitième jour.

11. *Trois pinces* sont appliquées; elles tiennent jusqu'au 19.

20. Usage de *trois pinces*; chute du 22 au 24.

25 octobre. Application des *trois dernières pinces;* elles restent en place jusqu'au 2 novembre.

2 novembre. *Le traitement est arrêté;* le rétrécissement du vagin parait devoir suffire.

Résultat. — Entre les grandes et les petites lèvres, on n'aperçoit aucune espèce de tumeur, pas même celle qui chez certaines femmes est due à la paroi antérieure du vagin. Ce conduit n'a qu'une profondeur de *six centimètres;* son étroitesse est telle qu'il presse circulairement sur le doigt introduit, bien que celui-ci n'ait pas plus de 2 centim. de diamètre. La portion la plus rétrécie est environ à 4 centim.; et après l'avoir franchie on arrive dans une arrière-cavité qui est un peu plus large. La surface du vagin est sillonnée de chaque côté par des brides cicatricielles longitudinales; elle est parsemée, en outre, de petites saillies dures, mamelonnées, plus ou moins arrondies. A une profondeur de *cinq centimètres*, à partir du méat urinaire, on trouve le col que l'on ne peut circonscrire, à cause des adhérences qu'il a contractées avec la paroi vaginale, dans les trois quarts antérieurs de sa circonférence.

L'écoulement purulent, déterminé par le traitement, n'est pas encore tari. La malade garde le repos sans aucun appareil.

6 novembre. Trois injections par jour avec : décoction de roses de Provins, 1 litre; sulfate d'alumine, 10 grammes.

9 novembre. Trois injections avec : écorce de chêne, 25 grammes; eau, 1 litre; alun, 10 grammes.

14 novembre. On permet à la malade de se lever.

26 novembre. La malade, qui veut sortir, est examinée avant son départ. L'utérus est parfaitement en place; le vagin toujours aussi étroit. Elle sort *sans pessaire ni aucun moyen contentif.*

Ce que je puis affirmer comme rigoureusement exact, c'est que durant tout

son traitement Marguerite n'a jamais eu de malaise ni de fièvre. Les douleurs ont été nulles en règle générale, et dans le cas contraire excessivement légères. Le régime, qui est resté toujours le même après comme avant l'opération, égalait celui des malades en convalescence confirmée. (Demie ; trois quarts.)

J'ai suivi cette jeune fille avec tout l'intérêt que m'inspirait sa guérison inattendue. Je lui avais recommandé instamment de venir me voir de temps à autre, ce qu'elle a fait avec beaucoup d'exactitude, et chaque fois j'ai pu me convaincre que le succès ne se démentait pas. Depuis sa sortie jusqu'à ce jour, elle n'a pris aucun ménagement ; elle a marché, couru, sauté, sans rien éprouver qui lui rappelât son ancienne infirmité. La santé générale n'a cessé d'être bonne. — En tenant compte de la gravité du cas, de l'ancienneté de la guérison, des exercices variés et pénibles de notre opérée, est-il possible de rien trouver de plus concluant ?

Qu'on veuille bien noter pour plus tard qu'elle a eu six cautérisations profondes, suivies de récidives au bout de six semaines ; qu'elle n'a été guérie qu'après l'application des pinces vaginales.

Le nombre total des applications n'a été que de *sept*. Le nombre des pinces chaque fois a été, par ordre d'application : 3, 2, 6, 6, 3, 3, 3. Traitement du 6 septembre au 2 novembre 1850.

D'où il suit que sept applications de pinces vaginales ont produit plus d'effet que six cautérisations profondes du vagin.

DESCENTE DE L'UTÉRUS ; LE COL A L'ORIFICE DU VAGIN ; TRAVAIL PRESQUE IMPOSSIBLE, MARCHE GÊNÉE, DOULEURS VARIÉES ; GUÉRISON PARFAITE DEPUIS LE 23 MAI 1851, MALGRÉ LA COHABITATION ET UN AVORTEMENT.

Obs. III. — Marguerite Chazalet, âgée de 40 ans, bordeuse, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 29, le 2 mars 1851.

Cette malade depuis onze ans qu'elle est mariée a eu dix couches : les cinq premières heureuses ; les trois suivantes longues et pénibles. La neuvième, plus laborieuse que toutes les autres, nécessita l'application des fers. Enfin elle eut, il y a deux ans, un avortement à trois mois, et six semaines après cet avortement, elle eut une indigestion qui la fit beaucoup souffrir. Dès ce moment, dit-elle, la matrice est descendue dans le vagin. Quelques jours de repos au lit lui firent espérer une guérison complète ; mais aussitôt qu'elle se fut remise au travail, elle vit reparaître tous les inconvénients de son infirmité. Le médecin qu'alors elle consulta lui fit mettre un pessaire, qui la gênait beaucoup. Au bout de peu de jours, elle s'en débarrassa, et par la suite ne fit plus aucun remède.

La malade était arrêtée dans son travail, surtout quand il était pénible, par des douleurs dans les reins et dans le ventre. Les rapports conjugaux augmen-

taient ses souffrances. La marche était très-embarrassée par la présence de l'utérus à la vulve. En outre, la malade se plaint depuis un mois de toux, accompagnée d'expectorations assez abondantes. (Tisane béchique, lavement miellé et huileux.)

ÉTAT LOCAL. — Le col de l'utérus est arrivé à l'orifice du vagin ; il ne s'y montre pas en totalité quand on écarte la vulve, la lèvre antérieure seule est mise à découvert. Le toucher fait reconnaître que cet organe est le siége d'un engorgement chronique, avec déformation des lèvres. La lèvre antérieure, saillante au moins d'un centimètre, a pris la forme d'une tumeur arrondie, presque pédiculée. La lèvre postérieure, gonflée plus uniformément que l'antérieure, est moins saillante, moins détachée du reste. L'orifice du col, assez largement ouvert pour recevoir l'extrémité de l'index, permet de constater, de dedans en dehors, le gonflement des lèvres, précédemment décrit. Le col est situé dans l'axe du vagin; on peut sans peine le circonscrire dans toute son étendue. Le vagin, quoique assez relâché et en état de permettre au doigt des mouvements de latéralité étendus, n'est pourtant pas arrivé à une extrême dilatation. A l'aide du spéculum ordinaire, on constate, *de visu*, les altérations que le toucher avait fait reconnaître; on aperçoit en outre une rougeur assez vive sur le museau de tanche et un bouchon de mucosités transparentes, qui oblitère l'orifice de l'utérus. La muqueuse du vagin est généralement pâle et décolorée.

5 mars. *Première application.* Le spéculum ancien est mis en place, puis écarté de façon à ne pouvoir être circonscrit par une longueur moindre de 15 centim. La paroi postérieure du vagin fait seule hernie dans l'intérieur de l'instrument, sous forme de bourrelet longitudinal, les parois latérales restant au niveau des valves. On met en place *sept pinces :* trois sur la paroi postérieure, deux de chaque côté. L'embout que l'on avait introduit pour soutenir la matrice, fatiguant la malade et gênant l'excrétion des urines, est enlevé le soir même. (Tisane de tilleul et de feuilles d'oranger, potion avec 20 gr. sirop diacode; deux potages matin et soir.)

10 mars. La malade le 5, jour de l'application, n'a eu que quelques malaises légers et un peu d'agitation. La constipation qu'elle a eue constamment a été combattue par des lavements miellés et huileux. Aujourd'hui elle se plaint de maux d'estomac, de perte d'appétit; la langue est blanche, la bouche sèche, la peau chaude, le pouls plus fréquent. Pas de selles depuis deux jours. Elle tousse beaucoup et sent une légère cuisson au niveau du sternum. (Tisane avec dattes et jujubes; potion avec oxymel scillit., 30 gr.; lavement miellé et huileux.)

Le 9 il tombe une pince; le 11 il s'en détache trois, et le 12 les dernières tombent.

17 mars. *Nouvelle application* de *six pinces* à l'aide du spéculum trivalve : deux de chaque côté et deux en avant. Il en tombe deux le 21 et quatre le 24.

25 mars. La malade n'a pas mal été jusqu'à ce jour. Avant de procéder à une

troisième application et dans l'espoir de diminuer l'engorgement du col, on pratique, avec le caustique Filhos, une cautérisation circulaire dans la rainure utéro-vaginale. Cette cautérisation, bien que faite légèrement et pendant trois à quatre minutes environ, détermine une très-vive douleur. On place *cinq pinces*, deux sur chaque paroi latérale, et la dernière sur la cloison recto-vaginale. Les quatre premières ont été introduites à l'aide du spéculum bivalve, et la cinquième sur le doigt. Elles tombent, une le 31 mars et les quatre autres le 1er avril.

4 avril. (*Quatrième application.*) Depuis la dernière fois, la malade n'a cessé de bien aller. A la suite de la cautérisation, elle a ressenti quelques douleurs à l'hypogastre, qui ont cédé à l'usage des cataplasmes émollients, arrosés de baume tranquille. Au moment où elle souffrait ainsi, la langue était blanchâtre, et les forces un peu abattues. L'alimentation a varié suivant l'état général, jamais cependant nous n'en sommes venus à la diète complète.

La malade, préparée la veille par un lavement laxatif, est de nouveau soumise à la cautérisation avec le caustique Filhos. Elle éprouve, comme la première fois, des douleurs très-vives, qui ne sont pas comparables à celles qu'elle ressent lorsqu'on se sert uniquement des pinces. Immédiatement après, on met à demeure *quatre pinces*, apposées deux à deux ; elles tombent, deux le 9 et deux le 11. La malade a eu quelques coliques les premiers jours; plus tard, elle a souffert un peu, parce qu'une pince la piquait; mais il a suffi d'interposer un morceau de diachylon pour que tout disparût.

16 avril. (*Cinquième application. — Cinq pinces.*) Deux annulaires sur les côtés; deux pinces en arrière, l'une grande et l'autre petite ; une dernière en avant.

Le 20, il tombe une pince annulaire et une petite pince ; les trois autres se détachent le 21.

La malade n'a cessé de bien aller, sauf un peu de constipation, qui a nécessité l'emploi de lavements émollients, et une toux assez forte, que l'on a combattue par de la tisane béchique et une potion avec 0,20 centig. de kermès. L'appétit, sans être très-fort, n'a jamais été perdu.

25 avril. (*Sixième application.*) On met de nouveau en place *cinq pinces :* deux pinces annulaires sur les côtés, deux petites pinces en arrière et une en avant. Les pinces annulaires tombent le 30 ; deux autres lâchent prise le 1er mai, et la dernière le 2.

La malade est dans un état très-satisfaisant, son appétit augmente tous les jours, la constipation seule persiste.

5 mai. (*Septième application. — Quatre pinces.*) Deux annulaires sur les côtés ; une pince ordinaire en avant et en arrière. Le 9, chute d'une pince ordinaire ; le 11, les trois autres se détachent.

L'état général est très-bon.

16 mai. (*Huitième application. — Trois pinces.*) Une pince brisée est mise en place pour la première fois, et avec elle deux pinces ordinaires. Les petites pinces tombent le 20 ; la pince brisée tombe le 23.

Le traitement est arrêté le 23 mai 1851, après *huit applications.*

ÉTAT LOCAL. — En écartant les grandes lèvres, sauf un peu de rougeur, on ne voit rien qui ne soit parfaitement normal. A *six centimètres* du méat urinaire, le doigt rencontre le col, qui peut être circonscrit dans toute son étendue, et dont l'orifice assez ouvert peut recevoir la pulpe digitale. Le volume de cet organe est peu considérable ; l'engorgement dont il est le siége a notablement diminué. Les parois du vagin sont sillonnées de brides cicatricielles, surtout de chaque côté, à l'extrémité supérieure du conduit. En arrière, la cloison est parsemée de petits lobules inflammatoires ; en avant, ces saillies sont moins prononcées et moins nombreuses. Le vagin est sensiblement rétréci, si on le compare à ce qu'il était avant le traitement. Mais il n'est pas tellement étroit qu'il ne puisse admettre qu'un seul doigt. L'écoulement de muco-pus est toujours abondant.

La malade, questionnée à plusieurs reprises, soutient qu'elle n'a plus la sensation que lui donnait la matrice, *quand elle était au passage ;* elle assure connaître elle-même la différence qui existe entre la hauteur actuelle de l'utérus et celle d'autrefois ; elle marche sans gêne et sans difficulté ; les douleurs qu'elle éprouvait aux aines, aux lombes, aux reins, ont complétement disparu ; il n'est pas jusqu'aux douleurs d'estomac, qui la tourmentaient fréquemment, dont elle ne soit débarrassée depuis un mois. L'appétit est très-bon, les forces bien revenues, l'état général continue à être des meilleurs.

La malade s'en va.

La fin de cette observation est que Marguerite Chazalet, aujourd'hui comme lorsqu'elle a quitté l'hôpital, est parfaitement guérie, malgré plusieurs circonstances bien capables de provoquer une récidive. Elle a eu de fréquents rapports avec son mari, et finalement elle est devenue *enceinte.* Dans les derniers jours de décembre 1851, sa grossesse s'est terminée par un *avortement* au troisième mois, avec douleurs très-vives et perte excessivement abondante. Le lendemain de son avortement, *elle se lève ;* huit jours après, elle va laver du linge à la rivière, et, sans plus de soin, elle reprend tout son travail ordinaire. Eh bien ! de si rudes épreuves n'ont rien changé à l'état local ; le col de l'utérus est encore à *six centimètres* du méat urinaire ; l'état général est toujours des plus satisfaisants.

J'attache la plus grande importance au fait qui nous occupe, et je l'invoquerai plus d'une fois. Il prouve non-seulement la curabilité du prolapsus, mais aussi, contrairement aux objections qu'on m'a faites, que le traitement n'empêche ni le coït ni la fécondation ; il permet également d'espérer que

l'accouchement ne soit pas une cause de récidive, que la femme guérie ne soit pas condamnée à ne plus être mère, sous peine de rechute.

Nous avons fait *huit applications*. Le nombre des pinces, à chaque fois, a été dans l'ordre suivant : 7, 6, 5, 4, 5, 5, 4, 3. Le traitement a duré du 5 mars au 23 mai 1851.

On trouve aussi, dans le cours de l'observation, qu'il a été fait usage de *pinces brisées*, de *pinces annulaires;* ce ne sont là que des modifications de la pince vaginale ; au fond, l'action reste la même, ce qui m'a fait penser qu'une description détaillée de ces instruments serait sans importance aucune.

Enfin, il serait illogique de revendiquer la guérison en faveur de la cautérisation pratiquée à deux reprises contre l'engorgement du col, quand nous savons que, répétée six fois chez la malade de l'obs. II, elle est demeurée impuissante.

CHUTE DE L'UTÉRUS; LE COL A 5 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DU MÉAT URINAIRE ; GÊNE, FATIGUE DANS LE TRAVAIL ET DANS LA MARCHE; DOULEURS VIVES ; GUÉRISON DU 24 OCTOBRE 1851.

Obs. IV. — Claudine Petit, domestique, âgée de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul n° 2, le 3 juillet 1851. Cette femme est d'un tempérament sanguin et d'une bonne constitution. Depuis l'âge de 15 ans, elle a joui constamment d'une menstruation régulière, quoique peu abondante.

Il y a neuf ans qu'elle eut un enfant ; sa couche fut heureuse, et les suites en furent très-simples. Pour la première fois, il y a cinq ans, elle s'aperçut d'une tumeur qui descendait dans le vagin, sortait par la vulve et pendait entre les cuisses de 5 à 6 centim. environ. En même temps elle éprouva des douleurs à la région lombaire, dans les cuisses et dans le ventre ; ce qui joint à la gêne causée par la tumeur ne lui permettait ni de travailler ni de marcher sans souffrir. Il y a trois ans que, pour calmer de vives coliques, elle se fit mettre, à l'hôpital de Louhans, un pessaire qu'elle garda jusqu'au jour de son entrée. Ce pessaire maintenait l'utérus en place, il est vrai, mais il restait sans effet contre les douleurs qui, tous les jours plus insupportables, la forcèrent de venir chercher du soulagement à l'hôpital de Lyon.

État local. — L'utérus déplacé écarte largement les grandes lèvres, dont il dépasse assez le bord inférieur pour que le museau de tanche descende à *cinq centimètres* au-dessous du méat urinaire. La tumeur dans son ensemble est conoïde, pourvue d'un orifice à son extrémité libre et perdue dans le vagin par sa partie supérieure. Le col utérin, assez régulier dans son contour, est néanmoins le siége d'un engorgement manifeste, qui se reconnaît à sa consistance dure autant qu'à son volume exagéré. La lèvre postérieure, plus saillante, plus

gonflée que l'antérieure, ferme à elle seule l'extrémité du cône, tandis que cette dernière se termine par un bord assez mince à l'orifice utérin. Cet orifice linéaire, transversal, est humecté de quelques gouttelettes de mucosité transparente. La muqueuse du col, malgré sa rougeur et son injection, ne présente ni granulations ni ulcérations. Le reste de la tumeur est moins rouge que le col, sans que la muqueuse du vagin ait cependant perdu les caractères de tégument interne. Elle se montre sillonnée en avant de quelques stries transversales qui rappellent les inégalités normales du conduit. Le doigt, en suivant la rainure circulaire que forme le vagin, peut circonscrire la base de la tumeur, reconnaître que plus on avance, plus elle prend de volume.

L'utérus se réduit sous l'influence de pressions modérées ; mais il n'est point aussi facile de le faire remonter à sa hauteur ordinaire ; la moindre pression du doigt fait naître des douleurs. Les organes génitaux recouvrent immédiatement leur configuration normale ; les lèvres de la vulve se rapprochent ; le vagin revient à sa place et peut être exploré en tous sens ; seulement la grande laxité des parties et leur mobilité extrême permettent au col de céder à la plus légère pression du doigt, soit dans un sens soit dans l'autre.

9 juillet. (*Première application. — Huit pinces.*) A l'aide du spéculum ancien tourné le manche en haut et écarté jusqu'à 0,15 cent. de circonférence, on place huit pinces vaginales, trois de chaque côté, deux seulement en arrière. La malade, qui n'était pas endormie, souffre très-peu durant l'opération.

21. Jusqu'à ce jour tout s'est passé avec une extrême simplicité ; pas de fièvre, pas de souffrance. L'apparition des règles a seule causé une légère fatigue. Le régime s'est graduellement élevé jusqu'au quart d'aliments. Chute d'une pince.

22. Chute des sept autres pinces.

26. (*Deuxième application.— Six pinces.*) La malade, préparée par un lavement laxatif et une réduction de régime est conduite à la salle d'opération. Préalablement on reconnaît par le toucher, la présence de quelques nodules inflammatoires, en arrière et sur les côtés ; de plus, un certain rétrécissement, qui devient évident l'instant d'après quand le spéculum est en place, car entre les valves écartées le vagin reste tendu au lieu de former trois bourrelets saillants à l'intérieur.

Le spéculum est introduit, le manche tourné vers le coccyx et les valves écartées au point de donner une circonférence de 0,15 cent. Dans cette position, on place deux pinces vaginales de chaque côté, deux autres en avant, six en tout. L'utérus est soutenu au moyen de l'embout fixé sur un bandage en T double.

9 août. Des six pinces, il s'en détache une le 3, deux le 4, une le 6, une autre le 8, et la dernière ce matin. Tout s'est passé avec une extrême simplicité ; pas de souffrances, pas de troubles généraux.

11 août. (*Troisième application. — Six pinces.*) Le vagin est parsemé de

lobules inflammatoires, plus volumineux, plus ramassés sur la paroi postérieure que sur les autres. De chaque côté, il en existe aussi, mais seulement à l'extrémité supérieure du conduit. La cloison vésico-vaginale, moins que les autres, est recouverte de ces petits nodules.

Sur le doigt, comme conducteur, l'on introduit et l'on pose quatre pinces vaginales sur les côtés, une en avant et une autre en arrière, avec l'aide du doigt dans le rectum, pour faire saillir entre les mors le plus de tissus possibles. (Tisane de guimauve ; potion calmante ; potages.)

21. Rien jusqu'à ce jour qui ait dénoté le plus léger malaise. Dès le lendemain, on peut donner la demie du régime alimentaire. Les pinces tombent dans l'ordre suivant : trois le 18, les trois dernières le 21.

22. (*Quatrième application. — Cinq pinces.*) Toujours à l'aide du doigt comme conducteur, on implante dans le vagin quatre pinces sur les côtés, et une en arrière; l'embout ne peut plus pénétrer. (Réduction du régime aux potages.)

30. L'état général, comme l'état local, n'a cessé d'être parfait. L'alimentation a été promptement ramenée à ce qu'elle était auparavant.

Trois pinces lâchent prise le 29, les deux dernières le 30.

31. (*Cinquième application. — Quatre pinces.*) Le rétrécissement du vagin a fait quelques progrès. Deux pinces brisées sur les côtés ; une pince ordinaire en arrière et une autre en avant. Elles tombent séparément le 6, le 7, le 8 et le 9 septembre ; rien de particulier jusqu'à ce moment.

9 septembre. (*Sixième application. — Quatre pinces*) Deux pinces brisées sur les côtés, une ordinaire en avant, une autre en arrière. Chute isolée des pinces le 14, le 15, le 16 et le 17. La malade a constamment bien été.

18. (*Septième application. — Quatre pinces.*) Deux pinces brisées sur les côtés ; une pince ordinaire en avant et une autre en arrière.

26. Il est tombé deux pinces le 21, une le 25, et la quatrième le 26. La malade s'est plainte d'un point de côté, de quelques douleurs de reins ; son état général n'a cessé d'être bon.

29. (*Huitième application. — Trois pinces.*) Deux à trois mors sur les côtés (nouveau modèle) ; une ordinaire en arrière. Les deux premières pinces ont causé un peu plus de douleur que les autres ; mais une fois mises en place, la douleur s'est calmée.

6 octobre. Le 2, chute de deux pinces ; la troisième tombe aujourd'hui.

10. (*Neuvième application. — Trois pinces.*) Deux brisées sur les côtés, une ordinaire en arrière. Elles se détachent le quatrième et le cinquième jour.

17. (*Dixième application. — Deux pinces.*) Deux pinces ordinaires sur les côtés.

24. Chute de la dernière pince, l'autre avait lâché prise le 20.

Le traitement est arrêté.

30. La malade veut partir ; on l'examine avant son départ.

Résultat. — Le museau de tanche est à *cinq centimètres* environ du méat urinaire. Le col, libre de toute adhérence, peut être circonscrit ; sa consistance et son volume n'ont pas changé depuis le traitement. De chaque côté, les parois du vagin sont sillonnées de petits lobules, serrés les uns contre les autres dans le sillon utéro-vaginal. En avant et en arrière, les lobules inflammatoires sont plus clair-semés.

Le vagin est notablement rétréci, eu égard à ce qu'il était avant le traitement ; les parois en sont incomparablement plus fermes, plus tendues.

L'écoulement est presque nul.

Les organes extérieurs sont régulièrement conformés.

Du reste, la malade va bien ; elle ne se sent pas trop faible ; elle ne souffre ni aux lombes, ni aux aines, ni dans les cuisses.

Exeat.

Cette malade étant repartie pour Louhans, je n'ai pu constater par moi-même la solidité de la cure ; mais, à deux reprises différentes, j'ai eu de ses nouvelles par M. Petit, interne distingué des hôpitaux, qui avait suivi toutes les phases du traitement.

Au commencement de mars 1852, plus de quatre mois après la fin du traitement, M. Petit vit cette femme ; il apprit de sa bouche qu'elle avait toujours été très-bien, quoiqu'elle se fût livrée sans précautions à des travaux pénibles, voire même au frottage des appartements.

Vers la fin d'octobre 1852, c'est-à-dire un an après la fin du traitement, M. Petit a revu notre malade grasse et fraîche, qui lui a répété, qu'à son grand plaisir, son état n'avait cessé d'être bon, qu'elle pouvait travailler sans aucune souffrance, qu'en un mot elle n'éprouvait rien qui lui rappelât son ancienne infirmité.

Point de cautérisation chez cette femme ; le pincement seul l'a bien guérie.

Le nombre des applications a été jusqu'à *dix*. Chaque fois on a mis, en suivant l'ordre d'application, 8, 6, 6, 5, 4, 4, 4, 3, 3, 2 pinces. Le traitement a duré du 9 juillet au 7 octobre 1851.

CHUTE DE L'UTÉRUS ; LE MUSEAU DE TANCHE A 3 CENTIMÈTRES AU-DESSOUS DE LA VULVE ; GUÉRISON SUIVIE PENDANT SIX MOIS.

Obs. V. — Claudine Auclerc, âgée de 25 ans, fileuse de coton, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 22, le 18 septembre 1850. C'est une fille de taille moyenne, d'un tempérament sanguin, qui jusqu'à présent n'a pas eu d'autre maladie que celle qui l'amène à l'hôpital. Ce n'est qu'à 19 ans que la menstrua-

tion s'est établie chez elle; depuis lors elle a toujours été régulière, quoique peu abondante. La malade, qui n'a jamais eu d'enfants, raconte que levant un lourd fardeau, il y a deux ans, elle a senti un tiraillement douloureux dans le bas-ventre, puis qu'elle s'est aperçue d'une tumeur à la vulve. Cette tumeur rentrait la nuit par le séjour au lit; elle ressortait le jour sous l'influence d'un travail pénible; elle n'était point d'un volume constamment uniforme; car, suivant le récit de cette fille, elle serait descendue quelquefois jusqu'à 6 centim. au-dessous des grandes lèvres. Pourtant elle ne souffrait pas trop; elle pouvait travailler, et même pour venir à Lyon elle a franchi à pied une distance de plusieurs kilomètres.

État local. Au moment de la visite, on voit sortir de la vulve une tumeur conoïde qui descend à *trois centimètres* au-dessous des grandes lèvres. Elle est formée par l'utérus dont le col se reconnaît facilement, dans la partie la plus déclive, à sa conicité et surtout à son orifice étroit et circulaire. Tout autour du col, il existe un bourrelet annulaire, rosé, qui n'est autre qu'une duplicature des parois vaginales. Si l'on essaye de pénétrer entre ce bourrelet et la grande lèvre, on est bientôt arrêté par une rainure circulaire, qui n'a pas plus de 2 centim. de profondeur. Si l'on presse sur la tumeur, elle disparaît avec une extrême facilité. Les parties génitales recouvrent aussitôt la conformation naturelle, sauf la profondeur du vagin qui est limitée assez pour ne pas permettre au doigt de remonter à plus de 3 centim. sans être arrêté par le col utérin. L'utérus est très-mobile, il cède à la plus légère pression et peut être porté à droite, à gauche, dans tous les sens. La laxité du vagin, surtout à son extrémité supérieure, se prête parfaitement à cette manœuvre.

Dans l'attente des pinces que j'avais commandées, je fis à la malade, avec le caustique Filhos, une cautérisation superficielle du vagin dans toute son étendue, ce qui détermina une douleur assez vive et une fièvre légère qui disparut dès le second jour.

28. Apparition des règles; elles sont abondantes et très-rouges.

1er octobre. Sans autre préparation qu'un lavement laxatif la veille, on met à demeure *six pinces* sur la paroi postérieure du vagin. Nous eûmes pendant quatre jours des alternatives de malaise et de bien-être; et enfin un peu de constipation qu'il fallut combattre au moyen de lavements avec 60 grammes de manne.

7. Chute d'une pince.

9. Apparition d'un érysipèle facial. Limonade cuite pour boisson; trois frictions par jour avec la pommade Martial :

Axonge	30	grammes
Sulfate de fer.	10	—

F. S. A. (Velpeau.)

11. Toutes les pinces sont tombées; l'érysipèle se résout.

13. La desquammation commence ; l'état général est bon.

14. Pas de selles depuis cinq jours. (Lavement purgatif.)

16. *Six pinces* mises sur la paroi postérieure ne tombent que le 2 novembre.

Durant cette période de temps, la malade a eu des alternatives de malaise général et de bien-être; parfois un peu de constipation, que l'on a combattue par des lavements laxatifs. Tantôt elle se plaignait de souffrir, tantôt elle n'éprouvait aucune gêne. Pas de fièvre. Le régime alimentaire a généralement été faible, à raison de ces malaises fréquents qui entravaient le traitement. (Quatre potages par jour.)

4 novembre. Le vagin se rétrécit visiblement; les parois en sont bosselées et sillonnées de petites brides cicatricielles. Malgré quelques douleurs vagues dans l'abdomen, on applique *deux pinces* dans le cul-de-sac recto-utérin. Elles lâchent prise le 13. Rien de particulier pendant ces neuf jours. Le rétrécissement du vagin fait toujours des progrès.

13. Application de *trois pinces* perfectionnées ; elles se détachent le 17.

18. *Deux pinces* en arrière; chute le 21.

22. *Une pince* en arrière; chute le 29. A partir de ce jour, l'étroitesse du vagin ne permet plus d'introduire deux pinces; pour une seule on éprouve déjà d'assez grandes difficultés.

4 décembre. *Une pince* dans le cul-de-sac recto-utérin; chute le 11.

12 La malade se plaint, à la cuisse droite et aux lombes, d'une douleur vive qui l'a déjà fait souffrir d'autres fois; elle est à son maximum sur les ramifications du nerf crural, et à l'origine du nerf sciatique. Au-dessous de l'épine iliaque antérieure, un vésicatoire pansé pendant quatre jours avec 0,025 milligr. de chlorhydrate de morphine.)

16. *Une pince* dans le cul-de-sac recto-utérin. Chute le 19. Rien de particulier.

21. *Une pince* en arrière. Chute le 29.

Le vagin est très-rétréci. Sur la paroi postérieure, la dernière application a déterminé la formation d'un bourrelet lisse, rond et très-peu mobile, dont le volume est à peu près celui d'une noisette.

31. On permet à Claudine de se lever et de se promener dans la salle.

7 janvier 1851. La douleur névralgique étant toujours bien forte, on met un nouveau vésicatoire derrière le grand trochanter, et comme précédemment on le saupoudre à chaque pansement avec 0,025 milligr. de chlorhydrate de morphine.

Après le vésicatoire, la cure est complétée par des frictions avec le baume tranquille ammoniacal et camphré.

La paroi antérieure du vagin, qui avait été moins soumise que les autres à l'action des pinces, n'a point encore la rigidité des autres parties. On y place *une dernière pince* qui tombe le 21. La malade n'a pas souffert comme par le passé. Son état général est excellent.

État local après le traitement. Le vagin a une profondeur de *six centimètres*. Les parois en sont durcies et légèrement bosselées. Le durcissement et les bosselures sont marquées en arrière, dans le point où les applications ont été réitérées, plus que partout ailleurs, et notamment que sur la paroi vésico-vaginale qui a été ménagée. De chaque côté, on sent des brides qui remontent jusque vers le col. Le col utérin adhère en avant à la paroi vaginale; on le reconnaît à sa dureté, à sa forme lobulée, bien qu'il soit impossible de le circonscrire. De chaque côté se trouvent deux arrière-petites cavités dans lesquelles peut s'introduire l'extrémité du doigt. Le calibre du vagin est tel que, bien qu'il admette facilement un doigt de 2 centim. de diamètre, on ne saurait sans tiraillement dépasser ce volume.

L'aspect de la vulve est tout à fait normal, sauf un érythème léger à la face externe des grandes lèvres. Toutes les douleurs ont disparu. L'état général est parfait (Trois injections par jour avec la décoction suivante : écorce de chêne, 100 gr.; eau, 1 litre.)

Le traitement est arrêté le 21 janvier 1851, et cette malade sort de l'hôpital parfaitement guérie.

Cette observation, que je mets la cinquième parce que je n'en ai suivi le résultat que six mois, devrait être la troisième par ordre d'ancienneté; Claudine Auclerc est la seconde malade sur laquelle j'ai fait application de la méthode.

Les accidents passagers qu'elle a éprouvés sont trop vulgaires et fréquents pour être mis sur le compte du traitement; ils ont été, du reste, sans gravité. L'unique cautérisation que j'ai faite ne diminue en rien l'efficacité que j'attribue aux pinces; je pourrais répéter ce que j'ai déjà dit : Comment une seule cautérisation guérirait-elle, quand pratiquée six fois chez ma première malade, elle n'a point réussi? J'aurais pu d'autant mieux la laisser de côté qu'il n'y avait pas à cela d'indication précise, et que je n'y avais recours qu'en attendant les pinces que je faisais fabriquer.

En tout *dix* applications. Nombre des pinces à chaque fois, par ordre d'applications : 6, 6, 2, 3, 2, 1, 1, 1, 1, 1. Traitement du 1er octobre 1850 au 21 janvier 1851.

DESCENTE DE L'UTÉRUS; LE COL A L'ORIFICE DU VAGIN; RÉTRO-FLEXION; DOULEURS EXCESSIVES; APRÈS LE TRAITEMENT, DIMINUTION REMARQUABLE DES DOULEURS; ÉLÉVATION ET REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS.

Obs. VI. — Le 10 mai 1851, Marie-Clothilde Fourchegut, 18 ans, ouvrière en soie, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 22. Cette fille, assez bien constituée, quoique maigre et petite, fut réglée à 15 ans. La menstruation, d'abord

régulière et abondante, devint très-variable plus tard à la suite d'une fausse couche, qui remonte à treize ou quatorze mois; et d'après son récit elle n'aurait été enceinte que de six à sept semaines quand elle se blessa. Quoi qu'il en soit, depuis lors elle s'aperçut que la *matrice descendait;* elle sentit même un jour entre les cuisses une tumeur, longue de *trois* centimètres environ, qui la gênait dans la marche. Cette tumeur rentrait par le repos au lit; par la station debout, elle retombait entre les cuisses de *deux* à *trois* centimètres. Plusieurs fois la malade parvint à la réduire; mais les doigts n'étaient pas plutôt retirés qu'elle redescendait au même point. La malade éprouvait dans le ventre et aux lombes des douleurs très-vives, comme si on lui eût *arraché quelque chose;* ces douleurs s'irradiaient dans les cuisses jusqu'aux genoux, lui causant une très-grande faiblesse. La fatigue et les souffrances qui tourmentaient cette jeune fille devinrent telles, qu'au milieu de la journée elle avait peine à travailler assise à des ouvrages de couture. L'appétit qui avait toujours été bon a fait place depuis l'invasion de la maladie à de l'anorexie, parfois même à des maux d'estomac. Pas de constipation ni de diarrhée. Pas de difficulté dans l'émission des urines. Le sommeil est conservé; pas d'altération du côté des organes thoraciques. Jamais la malade n'a fait usage de pessaires.

État local, *la malade debout.* Les lèvres de la vulve sont rapprochées l'une de l'autre, sans offrir rien d'anormal ni de pathologique. En pratiquant le toucher, lorsqu'on arrive à l'orifice du vagin, qui est assez étroit, on rencontre une tumeur peu volumineuse, conoïde, qu'à son orifice transversal et aux lèvres qui le limitent, on reconnaît être le col. Cet organe, de consistance assez molle, de petit volume, bien que très-allongé, ne paraît être le siége d'aucun engorgement. Le doigt le circonscrit avec facilité à raison de son peu d'élévation. Mais en arrière, au lieu d'être arrêté par le cul-de-sac du vagin, on arrive sur une tumeur solide, résistante, qui se continue avec le col en avant et repousse le rectum en arrière. La face de la tumeur qu'on peut explorer paraît être convexe, plus large en arrière qu'en avant. De cette face, on arrive sans obstacle, sans interruption sur le col; il y a une continuité manifeste entre ces deux parties. Le col et la tumeur sont inclinés l'un sur l'autre à angle droit, de façon à rappeler la forme d'une cornue; le premier est dans l'axe du vagin, l'autre perpendiculaire au même axe. Par le rectum, le doigt retrouve le col et la tumeur; il peut en suivre également la continuité; mais de plus en remontant le long de la paroi intestinale, il arrive sur un bord épais, arrondi, qui comprime l'intestin. La forme de cette tumeur qui rappelle l'utérus, sa continuité à angle droit avec le col utérin, établissent qu'outre la descente de l'utérus il y a une flexion en arrière du corps de l'organe sur son col.

La malade couchée. La vulve, ainsi que nous l'avons dit, n'offre rien à noter. Ce n'est qu'en écartant les petites lèvres que l'on parvient à découvrir, au niveau de l'orifice inférieur du vagin, le col de l'utérus que l'on reconnaît à ses caractères anatomiques. Il n'est enveloppé d'aucun bourrelet circulaire, ni re-

couvert en avant par une saillie de la paroi antérieure gonflée et relâchée. L'examen au spéculum établit encore l'intégrité du col. Pas de rougeurs, de granulations, ni d'ulcérations. C'est à peine si la lèvre antérieure est plus gonflée que la postérieure. L'orifice utérin est obstrué de mucosités claires et filantes, qui sortent en grande quantité quelques secondes après l'application.

Nous aurions pu noter cette malade comme ayant un prolapsus de 2 à 3 centim.; nous ne l'avons pas fait parce qu'au moment de l'examen l'utérus ne dépassait pas la vulve, et que nous nous sommes imposé pour règle de n'avancer que des faits bien vérifiés.

16 mai. (*Première application.*) Introduction du spéculum ancien, le manche tourné vers le coccyx ; écartement des valves jusqu'à 15 centim. de circonférence ; application de *sept petites pinces*, trois sur la paroi droite du vagin, deux à gauche et deux en avant. Dans le cul-de-sac recto-utérin, on fait glisser un embout, que l'on fixe sur un bandage en T double. La malade témoigne quelques légères douleurs pendant l'opération. (Boissons délayantes ; pour nourriture des potages seulement.) La veille elle avait reçu un lavement laxatif.

Les pinces tombent du deuxième au septième jour : une le 20, cinq le 22; la dernière est enlevée le 23.

23. Jusqu'à ce jour, la malade n'a point éprouvé d'accident sérieux; un peu d'anorexie, de constipation ; quelques malaises généraux, telle a été la conséquence de cette première partie du traitement.

Le vagin ne présente pas encore de grands changements ; tout se réduit à quelques lobules inflammatoires, plus sensibles sur la paroi droite qu'ailleurs.

24. (*Deuxième application.*) A l'aide du gorgeret, l'on met en place *deux pinces* en arrière, et *deux de chaque côté.* Il est impossible de soutenir, comme la première fois, l'utérus au moyen d'un embout ; le rétrécissement déjà obtenu ne permet pas de l'introduire. Les douleurs que la malade éprouve pendant l'opération ont pour siége l'hypogastre et les lombes ; elles ne sont pourtant pas assez vives pour qu'une autre fois elle veuille être éthérisée. Au bout de quelques heures, elles n'existent plus, et le soir elle prend, comme la veille, le quart du régime.

Chute des pinces du sixième au septième jour. Cinq se détachent le 29, et la dernière le 30.

2 juin. La malade a bien été jusqu'à ce jour ; elle est un peu fatiguée par l'apparition des règles ; cependant elle souffre moins qu'avant son entrée à l'hôpital.

3 juin. (*Troisième application.*) *Cinq pinces* mises en place. Il en tombe une le 15, une autre le 16 et trois le 18. Rien de particulier.

19. (*Quatrième application. — Trois pinces.*) Une pince brisée de chaque côté, et une pince ordinaire en arrière. Deux lâchent prise le 25 et une le 28. La malade souffre un peu. (Limonade cuite ; potion diacodée pendant la nuit.)

30. Les seules particularités à noter jusqu'à ce jour sont un peu de dyspepsie

et de la constipation. De l'eau de Saint-Galmier et quelques lavements suffisent à soulager la malade.

Le vagin est rétréci par rapport aux dimensions qu'il avait avant les applications. La paroi postérieure est parsemée de petits lobules inflammatoires, hémisphériques saillants, serrés les uns contre les autres. A gauche, on sent une agglomération de petits nodules, formant une tumeur du volume d'une noisette dans l'intérieur du conduit. A droite, les nodules, quoique moins développés, se perçoivent pourtant d'une manière manifeste. La paroi antérieure n'est que peu modifiée. Les nodules y sont moins gros et moins serrés que partout ailleurs.

30. (*Cinquième application. — Quatre pinces.*) Une pince brisée de chaque côté, une ordinaire en avant et une autre en arrière. Elles tombent du septième au neuvième jour : trois le 6 juillet, et la dernière le 8.

La malade a moins souffert cette fois que les autres, elle a pu reprendre le soir même son régime de la veille.

Le jours suivants, des maux d'estomac firent administrer un opiat composé :

Conserves de roses.	15 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	50 centigr.
Thériaque	50 —

15. (*Sixième application.*) *Trois pinces* brisées, une en arrière et une de chaque côté. Chute de la première le 22, de la seconde le 24. On enlève la troisième le 28.

La malade n'a pas souffert pendant l'opération. Jusqu'à la fin du mois, la constipation et les maux d'estomac ont été les seuls accidents à combattre, pour lesquels nous avons donné la conserve de roses additionnée et des lavements laxatifs.

1er août. Le toucher fait reconnaître l'existence de lobules inflammatoires, bien développés en arrière, assez marqués sur les côtés, mais plus petits en avant que dans les autres points. La malade déclare ne plus sentir les douleurs aux lombes et dans le ventre, qui la tourmentaient avant le traitement ; elle a pu descendre de son lit, marcher sans apercevoir de déplacement.

1er. (*Septième et dernière application.*) On met en place *quatre pinces :* deux brisées sur les côtés, une petite ordinaire en avant et en arrière.

Le 5, chute des pinces brisées.

Le 7 et le 8, chute des deux autres.

10. La malade a bien été jusqu'à présent ; plus de douleurs aux lombes et dans le ventre depuis plusieurs jours, seulement le temps lui dure à l'hôpital, et, sous prétexte d'inappétence et de diarrhée, elle demande à sortir. Avant son départ, elle est soumise à un dernier examen.

Résultat. — Le vagin est notablement rétréci, pas au point cependant de n'admettre qu'un seul doigt. La paroi postérieure du conduit est parsemée, dans

toute sa longueur, de petits lobules plus ou moins saillants et arrondis, serrés les uns contre les autres. Sur les parois latérales, les lobules inflammatoires occupent moins d'espace ; ils sont ramassés vers l'extrémité supérieure, et disparaissent complétement dans la moitié inférieure. La cloison vésico vaginale, moins soumise à l'action des pinces, est aussi moins inégale que les autres. Le col, libre de toute adhérence, peut être circonscrit dans toute son étendue; il n'est plus visible, comme avant le traitement, au niveau de l'orifice vulvaire du vagin. En écartant les petites lèvres, l'extrémité seule du conduit vulvo-utérin est mise à découvert. Le museau de tanche, dans l'axe du vagin, est à *quatre centimètres* du méat urinaire, distance qui ne serait point aussi petite sans l'allongement assez marqué du col, qui n'a subi et ne devait subir aucune influence de la médication.

Une particularité frappe : c'est que la tumeur que l'on rencontrait en arrière du col, se continuant avec lui à angle droit, *n'existe presque plus*, bien que le col soit comme autrefois dans l'axe du vagin. Le toucher rectal permet de constater aussi que *la tumeur qui faisait saillie dans l'intestin n'est plus la même*; il faut remonter beaucoup plus haut pour arriver sur une surface qui rappelle le fond de l'utérus. La disparition presque totale des signes qui avaient fait diagnostiquer une *rétroflexion*, amène naturellement à conclure que cette déviation de l'utérus a été *heureusement modifiée par l'action des pinces*. Ecoulement purulent de minime importance.

La malade répète ce qu'elle a dit précédemment sur la disparition de ses douleurs. Elle ne souffre ni dans les reins, ni dans le ventre, ni dans les cuisses ; elle s'est levée, elle a marché, sans apercevoir aucun déplacement.

Elle sort.

Autant le médecin est assailli, tourmenté par les malades qu'il n'a pu guérir, autant il a de peine à retrouver ceux qu'il aurait grand désir de suivre, une fois qu'ils sont guéris. Quelques démarches que j'aie fait faire ou que j'aie faites moi-même, je n'ai pu parvenir à revoir cette opérée. J'ai su seulement de ses parents qu'elle pouvait travailler au tissage de la soie, elle qui, avant le traitement, ne pouvait coudre assise sans souffrir ; qu'elle ne ressentait plus les vives douleurs qui l'avaient amenée à l'hôpital, et que nous avions vues disparaître graduellement au fur et à mesure que la médication avançait.

Je me crois donc autorisé à conclure que l'amélioration si remarquable qui a suivi le traitement s'est maintenue plus tard.

Mais le point sur lequel je tiens à fixer l'attention, celui qui donne à ce fait sa plus grande valeur, c'est le *redressement de la rétroflexion bien constaté* avant le départ de la malade. Il y a là un enseignement précieux

qui conduira, je l'espère, à guérir une déviation contre laquelle on n'avait point de prise.

Contrairement aux autres malades que j'ai traitées, celle-ci est la seule qui ait souffert à chaque application. La douleur, assez vive pour être exprimée énergiquement, n'allait cependant pas jusqu'à réclamer l'anesthésie ; jamais elle n'a duré au point qu'il fallût y opposer des moyens spéciaux. J'ai regretté seulement que l'ennui et le dégoût de la malade ne m'aient pas permis de pousser les applications plus loin.

Sept applications. Nombre des pinces à chaque fois 7, 6, 5, 3, 4, 3, 4. Traitement du 16 mai au 8 août 1851.

CHUTE DE L'UTÉRUS TRÈS-ANCIENNE; LE MUSEAU DE TANCHE A 7 CENTIMETRES AU-DESSOUS DE LA VULVE ; FEMME FAIBLE, MALADIVE ; TRAITEMENT INCOMPLET; RÉCIDIVE AU BOUT DE TROIS MOIS.

Obs. VII. — Marguerite Roche, âgée de 58 ans, grènetière à la Croix-Rousse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, salle Saint-Paul, n° 8, le 18 janvier 1851. Réglée à 14 ans, elle a joui d'une menstruation régulière, médiocrement abondante, qui durait quatre à cinq jours et revenait toutes les trois semaines. Ce n'est que depuis dix ans que l'écoulement sanguin périodique a cessé.

La malade, qui souffre depuis *vingt-quatre ans*, fait remonter l'origine de sa chute de matrice à une couche qu'elle eut à cette époque. Elle voulut se lever trop tôt, ne prit aucune précaution, souleva de pesants fardeaux, et peu à peu elle sentit la matrice descendre. Pendant longtemps le déplacement ne fut que peu considérable ; mais depuis *six ans* il s'est beaucoup accru. La tumeur rentrait par le repos au lit ; elle cédait aux pressions modérées que la malade y exerçait quand elle voulait uriner ; seulement la moindre marche, la fatigue la plus légère suffisaient pour reproduire le déplacement et une saillie extérieure. Une première fois, il y a quatre ans, elle se fit appliquer un pessaire, qu'elle ne garda pas plus d'un mois ; elle s'en mit bientôt un second qu'elle ne put garder que huit jours ; aussi en vint-elle à ne porter, pour tout moyen contentif, qu'une serviette entre les cuisses. Enfin, depuis dix ans, elle est sujette à une perte blanche, quelquefois rougeâtre, qui n'a cessé de couler et de tacher son linge, sans être pourtant d'une très-grande abondance.

Du reste, cette femme, bien que n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, est considérablement affaiblie par les incommodités inhérentes à son état. Elle ressent de vives douleurs dans les reins, des lassitudes aux cuisses. La marche lui est très-pénible, et si, étant debout, il lui survient un accès de toux, elle est obligée de s'asseoir et de soutenir le ventre avec les mains. Il n'est pas jusqu'à la station assise qui ne lui occasionne des souffrances assez vives sur la partie précédente.

État local. — La vulve est occupée par l'utérus sous forme de tumeur ovoïde, volumineuse, rougeâtre, longue de *sept centimètres*, sur une largeur de cinq et demi, dans la partie la plus développée. Cette tumeur présente une surface sèche, lisse, d'apparence cutanée, sillonnée pourtant de quelques légères stries transversales, qui rappellent les inégalités normales du vagin. Vers l'extrémité inférieure de cette masse, le col engorgé, assez largement arrondi, paraît se confondre avec le reste, ne formant pas, comme chez les malades où il est sain, une éminence surajoutée en quelque sorte à la tumeur générale. L'utérus est légèrement dévié en arrière, son orifice est transversal, linéaire ; la portion du vagin dédoublé en avant est beaucoup plus grande que dans tout autre sens. Les lèvres du museau de tanche sont toutes les deux excoriées. L'antérieure est envahie par une excoriation transversale, longue de 2 centimètres, sur une largeur d'un demi-centimètre seulement ; l'ulcération de la lèvre postérieure est analogue à la précédente, pour la forme et pour les dimensions. Entre la tumeur et les petites lèvres, le doigt est arrêté par un sillon circulaire, plus profond en arrière qu'en avant : ce qu'explique très-bien la déviation du col en arrière, et la plus grande étendue des parois vaginales, libres et à découvert en avant.

La réduction de la matrice procidente s'obtient facilement par des pressions méthodiques, et aussitôt les organes génitaux recouvrent leur forme habituelle. L'utérus réduit jouit d'une grande mobilité dans l'intérieur du bassin ; il cède sans peine à la pression de deux doigts introduits dans le vagin, et faisant effort pour se déplacer latéralement. Le conduit vulvo-utérin est énormément dilaté ; il est relâché surtout à son extrémité supérieure, où les doigts peuvent exécuter de grands mouvements sans rencontrer d'obstacles.

La malade, après deux jours de repos, un grand bain et un lavement laxatif administré la veille est soumise au traitement curatif le 20 janvier.

Du 26 janvier 1851 au 25 mars suivant, on lui fait *cinq applications* de pinces vaginales, dont le nombre, à chaque fois, est par ordre, 9, 6, 6, 5, 4. Malgré sa faiblesse et sa mauvaise santé, il ne survient que quelques légers troubles auxquels on oppose avec succès une médication assez simple. Le seul accident à noter, s'il mérite ce nom, est la perforation de la petite lèvre gauche par l'extrémité libre de l'une des pinces ; encore ceci ne serait-il point arrivé sans le découragement de la malade, qui ne se prêtait qu'avec une grande répugnance au plus simple examen. La plaie se cicatrise rapidement, et tout rentre dans l'ordre.

La malade qui, depuis plusieurs jours, s'ennuyait à l'hôpital, se refuse formellement à de nouvelles applications, alléguant qu'elle ne souffre plus, qu'elle n'éprouve plus de gêne à se tenir debout, à se promener, qu'enfin la matrice ne descend plus dans les accès de toux.

Elle sort le 30 mars 1851, après avoir été soumise à un dernier examen.

Résultat. — Le vagin, notablement rétréci, comparé à ce qu'il était au début du traitement, n'est pourtant pas arrivé au point qu'on aurait désiré. Le doigt explorateur ne trouve plus cette énorme dilatation ; il rencontre, surtout à la paroi

postérieure, de petites nodosités hémisphériques, résistantes, qui, depuis le dernier examen, ont un peu diminué de volume. La paroi antérieure fait une légère saillie entre les petites lèvres, dont elle ne dépasse point le niveau. Le col utérin est logé à une assez grande hauteur, car pour arriver jusqu'à lui on a besoin d'enfoncer le doigt jusqu'à *huit centimètres*. Il est facile à circonscrire. La direction qu'il a prise est à peu près normale; de plus, il paraît un peu moins engorgé qu'à l'époque de la première réduction. Écoulement assez fort d'un pus sanguinolent.

La seule conclusion que je veuille tirer de ce fait, en le comparant à l'obs. II, la voici :

Cinq applications de pinces chez une malade vieille, faible, atteinte depuis vingt-quatre ans de prolapsus, ont produit plus d'effet que six cautérisations chez une fille jeune et forte, malade seulement depuis huit ans. La récidive en elle-même est jugée par l'ancienneté du prolapsus, par la faiblesse de la malade, par le petit nombre d'applications; je suis même étonné qu'elle ait mis trois mois à se produire, je l'attendais immédiatement.

CHUTE COMPLÈTE DE L'UTÉRUS; LE MUSEAU DE TANCHE A SEPT CENTIMÈTRES DU MÉAT URINAIRE; TRAITEMENT PAR LES DEUX PROCÉDÉS; RÉSULTAT IMPARFAIT.

Obs. VIII. — Benoîte Gauthier, âgée de 43 ans, domestique, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 juin 1851. Cette femme, d'un tempérament sanguin, fut réglée à 17 ans, et la menstruation, douloureuse d'abord, s'est établie depuis régulière et facile. Devenue enceinte, il y a sept ans, elle eut une grossesse heureuse, un accouchement rapide et des suites de couches très-simples.

Il y a un an qu'à la suite d'un effort et d'une chute, elle s'aperçut que la *matrice descendait*.

État local. — L'utérus proémine à l'extérieur, où il se montre sous forme de tumeur cylindroïde, perforée d'un orifice transversal, linéaire, à son extrémité inférieure. De cette extrémité au méat urinaire, on compte *sept centimètres*. Le col utérin, quoique mou, est néanmoins assez volumineux et engorgé : il est profondément lacéré à droite par une ancienne solution de continuité, qui doit se rattacher à une déchirure dans la parturition.

La lèvre antérieure fait une saillie lobulée qui proémine sur l'orifice; la lèvre postérieure est plus uniformément cylindroïde; le col, en totalité, est incliné en arrière. Le vagin, retourné en partie comme un doigt de gant, a cédé plus en avant qu'en arrière. En avant, il couronne la base de la tumeur d'un bourrelet semi-circulaire; au niveau de la fourchette, il forme, par une duplicature, une petite tumeur lobulée, en arrière du col; toute la portion du conduit, retournée, est rouge, sèche, sans traces d'ulcération; on y retrouve les stries transversales

naturelles. Le doigt, en explorant la base de la tumeur, tombe dans une rainure circulaire plus profonde en arrière qu'en avant.

La réduction rend aux organes génitaux leur configuration normale, si ce n'est que le vagin, par sa laxité et son ampleur, permet au col des déplacements très-étendus.

Les *symptômes physiologiques* se réduisent à quelques douleurs lombaires ou abdominales, à de la faiblesse des membres inférieurs. Du reste, les grandes fonctions s'exécutent régulièrement.

Le traitement fut exécuté d'après le premier procédé, sans accidents locaux ou généraux, sans douleurs notables. A peine fut-il besoin, et par mesure de prudence seulement, de réduire un peu le régime à chaque opération.

Nous fîmes huit applications de pinces vaginales ; et malgré la hauteur du col à 6 centimètres du méat urinaire, ainsi qu'un rétrécissement marqué du vagin, l'utérus ne tarda pas à redescendre; seulement il fallait une heure de marche pour que le museau de tanche arrivât à la vulve, tandis que, avant le traitement, il suffisait de quelques pas pour reproduire la chute complète. La malade sortit de l'hôpital ; plus tard elle y rentra, et le nouveau traitement qu'elle subit constitue le *second procédé.*

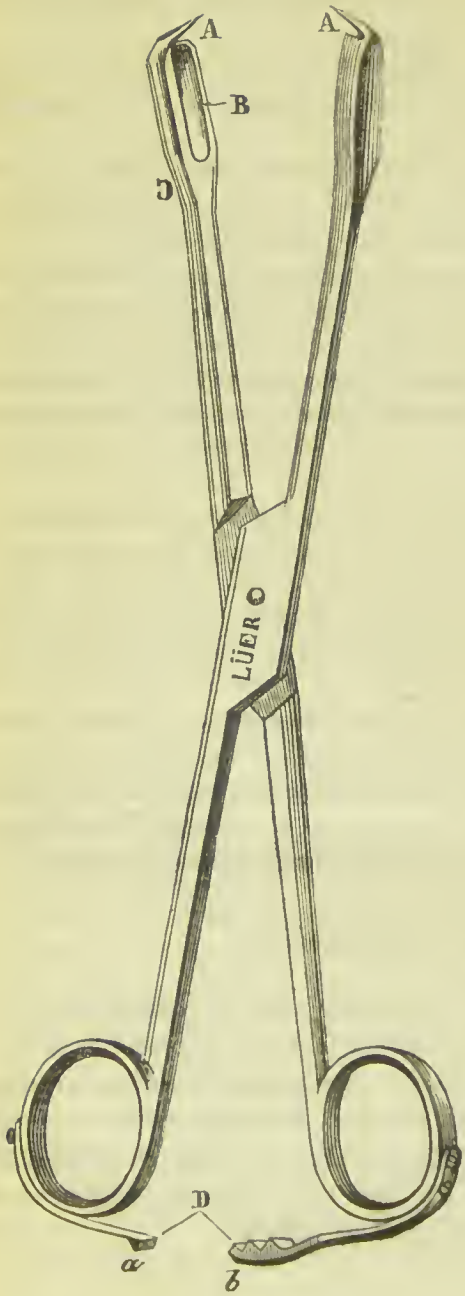
Nous espérions un meilleur résultat que la première fois : le col, beaucoup moins engorgé, adhérait en avant ; il était situé à 6 centimètres du méat urinaire ; le vagin était rigide, tendu, très-resserré en haut, quoique d'une certaine amplitude à son extrémité vulvaire ; néanmoins, au bout de trois mois, à la suite de travaux pénibles, notre opérée put constater que son état ne se soutenait pas parfaitement.

Aujourd'hui, après trois heures de fatigue et d'efforts, le col descend près de la vulve; une marche paisible, même assez prolongée, laisse l'organe en place. Somme toute, il y a donc une amélioration incontestable, et la malade s'en applaudit, en même temps qu'une preuve nouvelle de l'innocuité de la méthode, puisqu'on peut à plusieurs reprises la mettre en pratique sans inconvénients.

§ III. — SECOND PROCÉDÉ.

Le caractère essentiel du second procédé, c'est la combinaison de la constriction mécanique et de la cautérisation. La pince, construite de façon à pourvoir être chargée de caustique, n'agit plus seulement par pression; elle fixe de plus, sur un point déterminé, un agent de destruction, qui achève rapidement la perte de substance, que la constriction seule aurait mis quelque temps à produire. Du même coup, l'appareil instrumental se trouve simplifié et la durée de l'application réduite.

FIG. 5.



1° *Pince élytrocaustique* (fig. 5). Ainsi nommée en vue de son action combinée, cette pince, longue de 12 à 13 centim., ressemble à une pince à pansement par sa forme générale, par l'entre-croisement de ses branches; elle en diffère sur plusieurs points importants. D'abord les anneaux sont plus petits, plus légers, pour ne point surcharger les organes d'un poids inutile. Ces anneaux sont munis de petits ressorts ayant, l'un une dent, l'autre une crémaillère, qui peuvent s'engrener dans le rapprochement et fixer les branches à trois degrés d'écartement. Au premier degré, les extrémités des branches restent à 3 millim. de distance; au deuxième, elles ne sont plus éloignées que d'un millim.; au dernier, elles se touchent.

A. Dents en saillie.
B. Cuvette.
C. Niveau de la courbure.
D. Ressort en deux parties:
a. La dent.
b. La crémaillère.

Elles (ces extrémités) sont creusées d'une cuvette, longue de 15 millim., large de 5 millim., sur une profondeur de 3 millim. seulement. La branche s'incurve légèrement au point où commence la cuvette; elle se termine par une dent en saillie qui se croise avec celle de la branche opposée. Ainsi saillantes, ces dents pénètrent mieux dans les tissus, elles concourent efficacement à donner plus d'épaisseur au pli que l'on saisit. La cuvette est chargée de chlorure de zinc que l'on tasse exactement sur tous les points et que l'on empêche de tomber par quelques tours de fil.

Le chlorure de zinc, dont nous faisons grand usage à Lyon, s'obtient en mélangeant :

Prenez : Chlorure de zinc. . 600 grammes.
Farine de froment. 600 —
M.

Ajoutez peu à peu :

Eau. . . . . 80 grammes.

D'ordinaire on l'étend sur de la toile, de façon à faire un vrai sparadrap caustique ; mais, pour le cas actuel, il est indispensable de l'avoir en magdaléons, soit qu'on l'ait conservé ainsi de prime abord, soit qu'on en détache de la toile assez pour en charger les cuvettes.

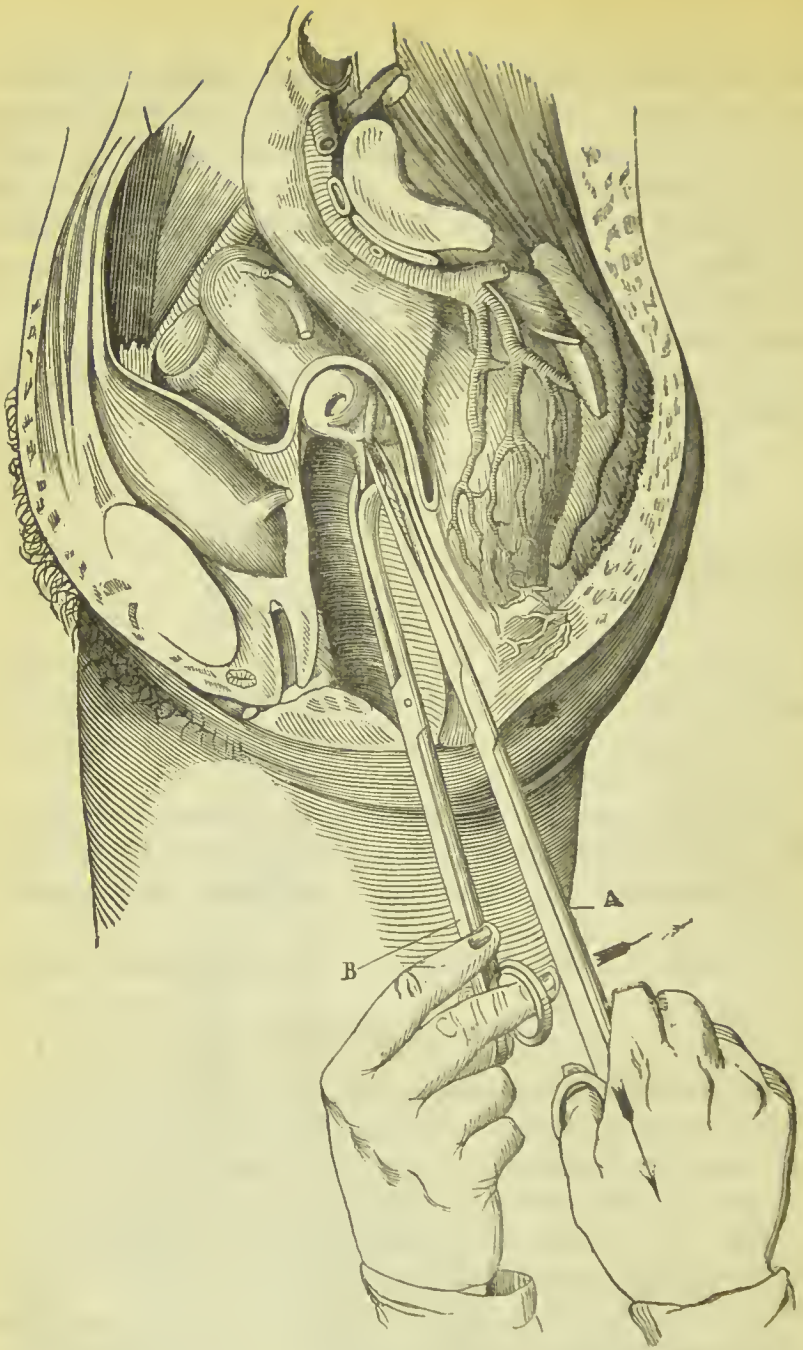
2° *Pince de traction.* Ce n'est que la pince de Museux, modifiée en ce sens, qu'au lieu de deux dents à chaque branche il n'y en a qu'une seule, et que les anneaux, une fois au contact, sont arrêtés par un ressort à pivot.

Le bandage en T double et le fil n'ont rien qui mérite une mention à part.

B. — MANUEL OPÉRATOIRE.

Avant de procéder à la première application, et dominé par l'idée que le chlorure de zinc, si énergique sur les ulcérations, reste sans effet contre la peau non privée d'épiderme, je craignis, par analogie, que l'intégrité de l'épithélium vaginal n'entravât la force du caustique et ne fît perdre tout le résultat que j'attendais de cet agent placé dans la cuvette. Était-ce une appréhension mal fondée, une précaution inutile ? Je le vérifierai plus tard; dans tous les cas ça ne pouvait pas nuire. Je choisis le caustique Filhos, qui me parut commode par son activité sous un petit volume, sans lui croire une supériorité réelle sur les acides minéraux, le nitrate acide de mercure, etc., qui pourraient également servir à cet usage.

L'introduction du crayon caustique fut des plus simples. A l'aide du



Explication de la fig. 6. — Coupe du bassin représentant la vessie, l'utérus, le rectum entiers et le vagin ouvert.

A. Pince de traction agissant dans le sens des flèches pour former le pli.

B. Pince élytrocaustique en place.

spéculum, dont j'enlevai la valve mobile, je mis à découvert une portion du vagin, sur laquelle je promenai le caustique deux ou trois minutes sans m'inquiéter qu'il en touchât plus qu'il n'aurait fallu, les ulcérations consécutives me paraissant plutôt avantageuses que nuisibles. Il va sans dire que je ne songeais plus à la cautérisation préalable quand je fis les applications ultérieures, attendu que la plaie vive laissée par la précédente nous mettait dans les conditions qui favorisent le mieux l'énergie du caustique de Canquoin.

Premier temps : *Formation d'un pli sur le vagin.* — Le chirurgien cherche ici à favoriser l'application de l'élytrocaustique ; or il est clair qu'un pli, fait à l'avance, rend les manœuvres plus simples, plus fructueuses que des parois tendues. Supposons donc que l'on opère à *droite ;* le pli sera dirigé de haut en bas et de droite à gauche (fig. 6). Dans ce but, l'opérateur fait glisser sur l'index, préalablement introduit, la pince de traction qu'il conduit, à droite, aussi haut que possible, dans la rainure utéro-vaginale ; une fois arrivé là, il saisit la muqueuse près du col, et par un effet combiné de traction en bas et de propulsion du col vers la gauche, il soulève un pli qui vient saillir sous le doigt. Un aide maintient les choses en cet état jusqu'à ce que le chirurgien ait achevé l'opération de ce côté. A *gauche*, la symétrie du manuel opératoire est parfaite si l'on tient les instruments de la main gauche et que l'on introduise l'index droit dans les parties ; si l'on n'est pas ambidextre, la similitude est telle que personne n'y sera embarrassé.

Deuxième temps : *Application de l'élytrocaustique.* — Tout étant disposé comme il vient d'être dit, le chirurgien s'assure encore de la position du pli ; et sur le doigt explorateur il fait glisser une élytrocaustique jusqu'à ce qu'il sente le bord saillant du pli ; là il ouvre largement la pince, embrasse le plus qu'il peut de ce pli, et finit par exercer une forte constriction, que maintiennent les ressorts des anneaux. Un écueil à éviter, c'est le col qui, mal fixé par les tractions, vient se placer quelquefois entre les mors de l'instrument. On le reconnaît à la résistance insolite des tissus, à la difficulté de rapprocher les branches, ainsi qu'à une douleur vive qu'éprouve la malade.

La largeur du pli saisi fût-elle d'un centimètre, il n'y aurait à cela aucun inconvénient. On se rassure bien vite sur le danger de voir éclater des accidents sérieux quand on a pratiqué quelquefois cette opération. Je puis dire que rien n'égalait ma timidité en commençant jusqu'à ce que l'extrême simplicité des suites m'eût amené à saisir chaque fois le plus que je

pouvais. J'ai maintes fois observé qu'un repli large d'un centimètre, mesuré en un mot par toute la longueur des cuvettes, n'a pas plus d'inconvénient qu'un repli beaucoup plus étroit.

L'opération est toujours plus aisée pour la première pince à cuvette que pour la seconde. Les embarras viennent de ce que la pince, déjà mise en place, arrête le col, le fait résister aux efforts qui tendent à le porter en bas et vers le côté opéré; le pli, par conséquent, n'a jamais l'ampleur du premier; rarement aussi arrive-t-il de pouvoir faire une constriction aussi avantageuse. Si tout le temps de la médication, on persistait à commencer chaque fois par le même côté, il y aurait à cela un inconvénient : celui, par exemple, d'incliner l'utérus de côté, en déterminant un travail inodulaire plus fort dans un sens que dans l'autre. Je crois donc à propos d'alterner, de commencer tantôt à droite, tantôt à gauche. Je n'ai point encore fait d'application en arrière ni en avant; la couche de tissu cellulaire entre le rectum, le vagin et la vessie paraît bien mince pour supporter, sans chances de fistule, un instrument aussi énergique que la pince élytrocaustique. A la vérité, je ne vois aucun inconvénient à associer les deux procédés, à mettre simultanément les élytrocaustiques sur les côtés et quelques pinces vaginales, soit en avant, soit en arrière. Si je ne l'ai pas fait, c'est que précisément je désirais juger de la valeur du second procédé, comparé au premier.

A moins d'un ressort d'une solidité parfaite, il est bon d'assurer la constriction des pinces en serrant les anneaux par un fil; après quoi, l'on réunit les deux pinces pour les attacher sur les bandes verticales du bandage en T double. Elles seront maintenues sur la ligne médiane et le fil assez serré pour qu'elles refoulent l'utérus et tiennent lieu d'embout.

Le bandage en T double se place de façon que la jonction des bandes verticales sur la bande horizontale recouvre l'hypogastre. Chaque bande verticale doit contourner la cuisse d'avant en arrière pour venir se nouer sur la bande horizontale en avant du grand trochanter.

Au bout de quarante-huit heures, la portion du pli serré entre les pinces est frappée de mort. Peut-être l'est-elle plus tôt? Néanmoins, par mesure de prudence, surtout quand le pli est épais, il faut attendre aussi longtemps.

L'ablation des pinces est d'une extrême simplicité : desserrer le bandage, couper les fils, écarter les anneaux, tirer la pince au dehors : voilà tout.

Combien faut-il d'applications avec ce dernier procédé? Je manque de

faits pour donner une réponse motivée à cet égard ; mais je présume que *cinq* ou *six* doivent suffire.

C. — SUITES DE L'OPÉRATION ; RÉSULTAT DÉFINITIF.

La *réaction générale* qui suit chaque application est plus forte que dans le premier procédé ; malgré tout, elle est si fugitive, si innocente, qu'une fièvre traumatique réduite à de telles proportions mérite à peine ce nom. Elle le mérite aussi peu sous le rapport de la durée : après vingt-quatre, quarante-huit heures, au plus tard, tout est rentré dans l'ordre, si ce n'est quelquefois les douleurs sympathiques, dont la durée se prolonge assez pour nécessiter l'emploi de moyens appropriés.

Le *résultat de chaque opération* est une escarre mince que l'œil reconnaît à sa coloration noirâtre, le toucher, à sa consistance dure. Cette escarre tombe en général du huitième au dixième jour. Il reste, après sa chute, une plaie rose, recouverte de bourgeons charnus, qui fournit une suppuration assez abondante mêlée, à son apparition, de détritus gangréneux. La perte diminue avec la cicatrisation, qui marche rapidement, comme dans toutes les plaies faites avec ce caustique. La plaie elle-même est parfaitement innocente, ainsi que le démontre l'observation citée, et surtout une multitude de faits étrangers, que je pourrais invoquer.

Le *résultat définitif* est une constriction du vagin dans sa moitié supérieure, la moitié vulvaire restant, à peu de choses près, ce qu'elle était d'abord. Le conduit, près du col, est inégal, hérissé de petites saillies hémisphériques et sillonné de brides cicatricielles.

Le col, contracte en avant, des adhérences qui comblent la rainure utéro-vaginale. Il reste dans l'axe du vagin le museau de tanche favorablement disposé à la fécondation, et la distance qui le sépare du méat urinaire, peut être évaluée de *cinq* à *sept* centimètres, longueur bien suffisante à la copulation.

Le second procédé, tout différent qu'il est du premier, *ne change rien à la méthode.*

Dans l'un comme dans l'autre, le vagin est attaqué dans toute son épaisseur, sur un repli formé artificiellement. Que ce pli soit plus large, plus épais, que la destruction en soit plus rapide, plus profonde, ce n'est là qu'une variante, qu'une différence du plus au moins.

L'adjonction du caustique ne saurait dénaturer la méthode ; il agit dans le même sens que les pinces, sur un pli qu'elles étreignent, qu'elles mortifieraient seules, uniquement pour activer cette mortification, et permettre

d'enlever les pinces après deux jours, tandis que, laissées à demeure, elles mettraient longtemps à se détacher.

§ IV. — REMARQUES.

1° LE PINCEMENT DU VAGIN GUÉRIT LA CHUTE DE L'UTÉRUS.

A moins de récuser les faits de ce mémoire, on ne peut le nier : six des observations le prouvent à des titres divers ; il n'est pas jusqu'à la récidive de l'obs. VII qui ne plaide plus en faveur de la méthode qu'elle n'y semble opposée. Le dernier cas établit seulement qu'elle n'est point infaillible. Que je fasse à mon tour le procès des méthodes vantées jusqu'à présent, ne suis-je pas en droit de dire : laquelle s'appuie sur un nombre égal de faits ? laquelle peut présenter autant de malades guéries depuis des mois, des années, en dépit des conditions les plus fâcheuses d'exercices violents, de travail pénible, de cohabitation, d'avortement ? D'une manière absolue, j'en conviens, les observations que je donne sont en nombre insuffisant pour édifier la méthode ; mais il suffit, ce nombre, pour la fonder, pour concevoir de légitimes espérances, pour encourager à de nouveaux essais. Aujourd'hui je ne demande rien de plus ; je ne veux qu'éveiller l'attention de mes honorables confrères ; heureux si je puis les engager à faire comme moi. Je puis leur garantir la plus parfaite innocuité. Pour toute réaction générale, un peu de force et d'accélération du pouls, de chaleur à la peau, de soif et de malaise, sans que jamais ces troubles fonctionnels s'élèvent aux proportions d'une véritable fièvre traumatique et durent plus de deux ou trois jours. Encore faut-il pour qu'un pareil retentissement ait lieu qu'on ait mis en pratique le second procédé, ou fait, pour le premier, l'application d'un grand nombre de pinces vaginales. Localement, peu ou pas de douleurs. Les plaies dues à l'action des pinces marchent rapidement à la cicatrisation, et aussi vite se tarit l'écoulement purulent dont elles sont la source. Avec les précautions que j'ai indiquées, une perforation de la vessie et du rectum n'est pas à redouter. Une chose m'a toujours frappé, c'est la prodigieuse facilité qu'ont ces organes de se soustraire à l'action des pinces. Dans mes nombreux essais sur le cadavre, préalablement à toute opération, jamais je n'ai pu, quelque écartement que je donnasse aux branches, parvenir à les saisir. Veut-on en acquérir la certitude ? qu'on applique, ainsi que je l'ai fait maintes fois, une pince vaginale sur la cloison recto-vaginale ; on aura beau, à l'aide du doigt dans le rectum, pousser entre les mors très-écartés le plus de tissu qu'on pourra,

on ne parviendra pas à saisir l'intestin ; il glisse derrière le pli du vagin, s'en sépare, y demeure tout à fait étranger.

En résumé, point de mort, pas même un seul instant d'appréhension ; absence complète de désordres locaux.

L'opération est plus facile, en même temps que d'un plus heureux effet, avec un col utérin peu ou pas engorgé. Rien d'étonnant à cela. La chute de l'utérus doit subir cette loi de pathologie générale, que plus une maladie est compliquée, plus elle résiste à la médication. Néanmoins le traitement tel que je le prescris, le second procédé surtout, n'a pas pour seul effet de rétablir la fixité de l'utérus; il diminue aussi l'engorgement, soit par la cautérisation préalable que l'on peut pousser sur le col jusqu'à détruire en profondeur, soit plutôt que par la suppuration qui suit l'action des instruments, il s'établisse une dérivation salutaire. Je puis donc éviter en tous points le reproche qui me fut adressé dans le BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE (15 juillet 1851) de ne songer qu'au déplacement, sans rien faire contre l'engorgement. Je tiens compte de l'engorgement, suivant son ancienneté, son volume et la déformation qu'il fait subir au col. A le négliger quel qu'il soit, à se jeter étourdiment sur tous les cas, on chercherait des complications et des revers. Il faut combattre l'engorgement d'abord, s'il est considérable, tout comme on doit s'efforcer de faire disparaître les traces d'une ophthalmie chronique avant l'opération de la cataracte. N'est-il que médiocre? le traitement seul en amènera la résolution, et l'on peut commencer sans perdre de temps.

Mais qu'on n'aille pas croire, comme plusieurs chirurgiens le professent, que les déplacements ne soient qu'un épiphénomène de l'engorgement, que tout doive tendre contre celui-ci et rien contre celui-là. Qu'on ne s'en laisse point imposer par cette théorie qui rattache l'abaissement à l'augmentation de poids de l'utérus engorgé ; l'antéversion, à l'engorgement de la paroi antérieure seule, avec augmentation de poids dans un seul sens ; la rétroversion, à l'engorgement postérieur avec augmentation du poids en arrière.

Cette théorie mécanique, rigoureuse dans les plateaux d'une balance, est plus *jolie* que vraie, transportée à l'utérus, et les chirurgiens qui la donnent n'oublient pas avec raison de recommander, avant l'introduction du spéculum, de reconnaître avec le doigt la position du col, qui varie effectivement d'un jour à l'autre, contrairement à la théorie du poids, à moins d'un déplacement très-avancé. Ce n'est pas tout : avec cette manière de voir, que fera-t-on des cas où manifestement il n'y a pas d'engorge-

ment, de ceux où la chute de l'utérus est survenue brusquement à la suite d'un effort ou de quelque autre cause?

En somme, je dirai, sans perdre plus de temps à une discussion étiologique, que l'absence de l'engorgement, le peu d'ancienneté du mal, la force et la santé du sujet sont des conditions favorables à la médication; qu'un médiocre engorgement ne contre-indique pas le traitement immédiat; qu'un engorgement considérable doit être préalablement combattu.

Mais voici bien une autre objection que je soulève contre moi. Vous mettez, dira-t-on, du caustique dans la pince du second procédé, vous faites une cautérisation préalable, vous employez la cautérisation contre l'engorgement, donc la méthode n'est pas neuve. — Je répouds : la cautérisation que j'emploie pour entamer la muqueuse et diminuer au besoin l'engorgement du col n'est qu'une opération accessoire. Pratiquée seule et faite une ou deux fois, peut-elle, oui ou non, guérir un prolapsus? — Assurément non, puisqu'elle est généralement abandonnée. — Or je fais plus : j'attaque le vagin dans toute son épaisseur par la destruction partielle de plusieurs plis formés artificiellement sur cet organe; — ceci n'a point encore été essayé; — donc il y a méthode et *méthode nouvelle;* — il y a de plus *méthode puissante, efficace;* car je guéris là où tout échouait.

En quoi la pince du second procédé avec ses cuvettes chargées de caustique, pourrait-elle dénaturer la méthode? Je l'ai dit, je le répète encore, le caustique agissant dans le même sens que la pince, sur un pli qu'elle étreint, dans un point limité par elle et qu'elle mortifierait seule, n'est là que pour activer cette mortification et permettre d'enlever la pince après deux jours; tandis que mise sans cela elle resterait longtemps à se détacher.

La *position horizontale* que j'ai constamment recommandée à mes malades ne peut fournir un argument contre la méthode. Elle est conseillée comme adjuvant contre toutes les maladies de l'utérus, nulle part comme médication spécifique, exclusivement à toute autre. Combien de malades, par le fait de leur affection, restent clouées au lit des mois, des années, sans obtenir la guérison. La position horizontale se retrouve à chaque pas dans la thérapeutique chirurgicale: seule rarement, comme accessoire presque toujours. Enfin la position horizontale n'a point été négligée dans les autres méthodes, et nous savons si elles ont réussi. J'ajouterai que j'ai eu bien du mal à la faire garder à plusieurs de mes malades. La première se levait en dépit de tout ce que je disais, en dépit des pinces dans le vagin. La dernière à son tour ne tenait plus le lit dès que j'avais enlevé les

élytrocaustiques, c'est-à-dire à partir du troisième jour après chaque application.

Même dans les cas opérables, on ne réussit pas toujours ; là comme ailleurs il faut subir cette loi des revers qui pèse sur les travaux de l'homme et, trop souvent, fait des moyens les plus sûrs des agents infidèles ; témoin le quinquina, le fer, le mercure, ces remèdes par excellence, qui comptent des échecs à côté des plus beaux résultats. Non, point de panacée, point de remèdes infaillibles!..... hors de la quatrième page des feuilles quotidiennes.

Je ne veux point faire de statistique, elle serait prématurée aujourd'hui ; je dirai seulement que, dans ma conviction, en face de cas ordinaires, le nombre des succès dépassera de beaucoup celui des récidives ; que, dans ma conviction intime, un chirurgien, si timoré qu'il soit, peut toujours employer une méthode sans danger pour la vie, sans danger pour l'organe malade ; qu'il doit même y recourir quand elle s'appuie sur d'heureux résultats.

2° COMMENT ARRIVE LA GUÉRISON ?

Bien que je n'attache pas d'importance aux théories, en présence des faits, je crois devoir aborder cette question. Je dis théorie à dessein, puisque l'analogie seule va me conduire en l'absence de l'anatomie pathologique, que je n'ai point eu, et je m'en félicite, l'occasion d'interroger.

Il me paraît infiniment probable que tout, dans la cure, ne se passe pas au vagin, que le rétrécissement de cet organe ne doit y figurer qu'à titre secondaire. La véritable raison du succès, je la vois dans un certain degré d'inflammation qui, du point mécaniquement irrité, se propage au delà du vagin, en provoquant autour de ce conduit un travail organoplastique assez faible pour ne point occasionner d'accidents, assez fort pour rendre la tonicité perdue aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire extra-vaginal.

Les ligaments utéro-sacrés, on le sait depuis la description qu'en ont donnée Dugès et madame Boivin, concourent pour une bonne part à maintenir l'utérus à la hauteur normale. D'un côté, ils s'insèrent sur l'utérus, à l'origine du col ; de l'autre, ils adhèrent à la face antérieure du sacrum, dirigés obliquement de bas en haut et d'avant en arrière. Peu visibles quand l'utérus est livré à son propre poids, ils deviennent très-apparents dès qu'on porte l'utérus en avant, en même temps qu'on le tiraille, soit en haut, soit en bas. Ils se dessinent alors sous forme de deux replis demi-

circulaires, qui limitent, au fond du cul-de-sac recto-utérin, un infundibulum où plongent les anses intestinales. Le péritoine n'entre pas seul dans leur composition : les deux feuillets séreux sont séparés par du tissu cellulaire et renforcés de filaments fibreux. Par suite de leur peu de longueur, ces ligaments sont les premiers à souffrir de la gestation qui les distend outre-mesure et de l'abaissement qui les allonge graduellement.

Eh bien ! je le demande, est-il déraisonnable de supposer, qu'en agissant près de ces ligaments, par l'application des pinces très-haut dans le vagin, on y provoque un certain degré de congestion, un dépôt plastique, dont finalement l'organisation les renforce et les fait rétracter.

Le même travail doit nécessairement se produire dans une partie trop négligée, suivant moi, par ceux qui font l'histoire des connexions de l'utérus : je veux dire le tissu cellulaire qui double le vagin.

Entre le releveur de l'anus, en bas, le péritoine, en haut, principalement à la base du ligament large, et les organes du petit bassin, existe une masse irrégulièrement prismatique de tissu cellulaire lâche, qui remplit les vides de cette région et au travers de laquelle passent les vaisseaux et les nerfs qui se rendent de l'artère hypogastrique et du plexus sacré au vagin et à l'utérus. Ce tissu, par ses rapports étendus avec les parois latérales du vagin et l'extrémité inférieure de l'utérus, doit inévitablement se trouver distendu par le renversement du vagin, de même que le tissu cellulaire sous-cutané est distendu par le déplacement de la peau.

Actuellement, supposons qu'au lieu d'un tissu cellulaire lâche, à larges cellules, nous ayons un tissu dense, serré, résistant, le vagin se trouvera retenu aussi bien que la peau, partout où une inflammation chronique a fait passer le tissu sous-cutané à l'état de tissu lardacé. Il faut, pour se faire une idée bien exacte de ce tissu lardacé, ainsi que de l'immobilisation de la peau qu'il entraîne, avoir été dans la nécessité d'amputer une jambe au voisinage de quelque vieil ulcère calleux. La dissection de la peau est lente, laborieuse, en proportion directe de l'ancienneté de l'inflammation chronique et des recrudescences. Que l'inflammation apparaisse pour la première fois, elle ne laisse après elle qu'un peu d'engorgement ; qu'elle survienne une deuxième, une troisième fois, l'engorgement croît en épaisseur, en étendue.

Les lois de la pathologie générale ne peuvent pas changer du tissu cellulaire sous-cutané à celui du petit bassin. Donc, nous sommes en droit de conclure que, sous l'influence d'un agent mécanique qui attaque dans un point limité toute l'épaisseur du vagin, il s'éveille une inflammation légère,

dont l'action se propage sous l'influence des applications successives, et dont le résultat est la densification de ce tissu cellulaire. On ne saurait prétendre que mon assertion est une pure hypothèse, si l'on veut bien se rappeler quelles modifications surviennent dans le petit bassin, sous l'influence d'une affection organique des voies génitales. Dernièrement encore j'en rencontrai un exemple qui peut servir de type. C'était chez une vieille femme qui avait succombé à un cancer ulcéré du col, se propageant aux cloisons vésico-vaginale et recto-vaginale. Tout le tissu cellulaire qui double le plancher inférieur du bassin avait les caractères du *tissu lardacé* d'inflammation chronique. Il était grisâtre, peu vasculaire, très-dense, et criait sous le bistouri. Les ligaments, larges eux-mêmes, avaient subi de profondes modifications : ils étaient courts et dirigés horizontalement, tendus au lieu d'être lâches et flottants, très-épais, très-durs, non plus minces et formés de deux feuillets glissant aisément l'un sur l'autre. La consistance et la tension étaient au point que l'on aurait dit d'un gros faisceau fibreux, inséré d'une part aux parois latérales du bassin, de l'autre aux bords de l'utérus et sur les côtés du vagin.

A vrai dire, il s'en faut que toujours on rencontre aussi loin les traces d'une inflammation, qui émane des organes génitaux ; il y a, sous ce rapport, des variétés infinies, correspondant aux diverses nuances du mal. En règle générale, la base seule des ligaments participe à l'état du tissu cellulaire ; la partie supérieure de ces mêmes ligaments conserve ses caractères ; *a Fortiori*, les trompes, les ovaires ne sont-ils pas atteints par contiguïté.

En résumé donc, ce qui se passe dans le tissu cellulaire sous l'influence d'une cause irritante, ce qu'on observe dans le petit bassin consécutivement aux affections du col, en d'autres termes, l'analogie et l'anatomie pathologique nous démontrent, qu'après le traitement, le *tissu cellulaire péri-vaginal*, les *ligaments utéro-sacrés* doivent se rapprocher du *tissu lardacé*, plus ou moins pour la consistance, et dans une étendue qui varie suivant la durée et l'intensité de l'irritation mécanique. En second lieu, eu égard à l'ancienneté et à la profondeur du mal, quand il propage ses effets jusqu'aux ligaments larges et les altère en totalité, nous sommes raisonnablement en droit de conclure, que, par un traitement de trois mois environ, la base seule de ces ligaments éprouve quelques modifications, que la partie supérieure de ces replis n'en ressent pas d'atteintes, que la trompe et l'ovaire ne sont point affectés.

Au reste, que cette explication soit bonne ou attaquable, je m'en inquiète

peu ; elle ne saurait ni infirmer ni corroborer les faits que je publie. Qu'on m'en présente une meilleure, j'abandonne la mienne; tout comme j'aurais abandonné la méthode si elle était mauvaise.

3° LE TRAITEMENT FAIT N'EMPÊCHE NI LA COHABITATION NI LA FÉCONDATION.

Aussitôt après le traitement, le vagin est dur, bosselé, un peu sensible. On conçoit qu'en tel état de choses des rapports fussent douloureux, difficiles, impossibles peut-être ; mais patience... les callosités se ramollissent, les nodosités se fondent, le vagin reparaît avec sa consistance ordinaire. L'étroitesse ne résiste point à des attaques répétées, une fois revenue la flaccidité des parties. Le peu de profondeur du conduit vulvo-utérin ne constitue pas une particularité nouvelle dont il faille beaucoup se préoccuper. Bien des femmes ont le vagin très-court, et néanmoins sont aptes au coït ; il n'y a rien sous ce rapport de particulier à la méthode, rien qui ne se trouve avec l'abaissement non contenu, avec le prolaptus pallié au moyen d'un pessaire.

Le rétrécissement du vagin, loin de nuire à la copulation, la favorise. Du moins, suis-je autorisé à le dire, si j'en crois les confidences singulières et très-récréatives de l'une de mes malades (obs. III). Le rétrécissement lui valut des étreintes plus vives, plus empressées ; au sein du rétrécissement *on* venait raviver les souvenirs d'autrefois, se bercer dans des illusions sans cela impossibles.., Mais, chut !... Trêve d'indiscrétion !

Vous guérissez, me disait un honorable confrère, vous guérissez, soit ; mais c'est au prix de la *fécondité*. L'inflammation gagne les ligaments larges, arrive sur les ovaires dont elle dénature les ovules, sur les trompes qu'elle oblitère ; tout bien considéré, mieux est de s'abstenir.

Et d'abord, comment prétendre avec raison que les ligaments larges seront envahis par l'inflammation, indurés dans toute leur étendue après un traitement de trois mois, quand nous ne trouvons les changements que j'ai rappelés plus haut (dussent-ils servir d'argument contre moi) qu'avec des lésions très-anciennes et très-graves. Y a-t-il donc la moindre parité entre les effets d'une lésion envahissante qui dure des années et ceux qui se rattachent à une irritation mécanique qui ne se prolonge pas au delà de trois mois.

Comment enfin supposer une altération des ovaires et des trompes après le traitement, quand ces organes conservent leurs caractères, jouissent de leurs propriétés, au voisinage d'altérations organiques très-avancées ! Qui ne sait qu'une femme tourmentée d'un cancer utérin peut devenir enceinte.

que c'est là une cause d'avortement et de dystocie ; j'en pourrais citer des exemples. Chez ces malheureuses mères, les ovules existaient donc envers et contre le travail morbide, qui, partant de la dégénérescence, devait se faire sentir mieux que l'action des pinces jusque près des ovaires ; ils ont donc trouvé, ces ovules, une voie libre au travers des trompes, jusque dans l'utérus.

Un autre argument en faveur de ma cause, un meilleur, je le dois à ma troisième observation, déjà si riche en enseignement de plus d'un genre. Cette femme devint enceinte quatre mois après sa sortie de l'hôpital. Mais, hélas ! arrivée au troisième mois de sa grossesse elle avorta... De par le traitement ? Jugez-en. Avant toute médication, elle avait eu déjà trois couches très-laborieuses et *un avortement*.

Après tout, je suppose un instant que la fécondité eût à souffrir de l'usage de pinces ; mais le prolapsus avec issue au dehors de la matrice est-il donc si favorable à l'imprégnation qu'on doive le respecter très-religieusement ? Il faut bien que la conception ne paraisse pas chose trop facile, dans ces cas, pour que tous les auteurs se croient obligés de rappeler qu'elle est possible. Le villageois dont Choppart nous a transmis l'histoire s'épuisa en d'inutiles efforts, trois ans durant, sans parvenir à mettre enceinte sa femme jeune et forte atteinte d'une chute complète de l'utérus. Je soutiens que bien des malades, au prix de la fécondité, accepteraient avec joie la fin de leur sujétion et de leur souffrance. Au lieu de vivre retirées, maladives, elles seraient heureuses de recouvrer leurs attributs de femme. Combien de femmes atteintes de prolapsus inspirent du dégoût à leur mari, voient leur vie d'intimité rompue, et se trouvent condamnées à la stérilité avant le temps ! Combien d'autres recherchent l'éloignement pour s'épargner la douleur des approches ! Non, il est impossible de le nier, le prolapsus nuit énormément à la fécondation par les troubles qu'il jette au sein de la famille, par la congestion qu'il entretient sur l'utérus, et qui certes n'est point favorable aux fonctions de l'organe, outre qu'il rend la gestation pénible et qu'il expose à l'avortement

En définitive je puis dire, citant à preuve un fait (obs. III), que le traitement n'abolit pas la fécondité. J'ajoute que plutôt il y est favorable en rendant aux organes génitaux la forme régulière ; que de plus, comme condition avantageuse, l'utérus est peu élevé et le col fixé dans l'axe du vagin.

A celui qui m'objecterait que la fécondité chez une femme traitée serait peut-être moindre que chez une femme saine, toutes choses égales d'ailleurs, je ne répondrais rien. En toute justice, on ne doit juger du résultat

d'une opération que par rapport au mal qu'elle est appelée à combattre ; il n'est permis de comparer l'état consécutif qu'à l'état antérieur. J'aimerais autant voir repousser avec blâme l'opération de la cataracte, parce qu'en dépit d'un résultat parfait, le malade n'y verra pas comme avant les débuts de l'opacité du cristallin.

4° LE TRAITEMENT NE PEUT DEVENIR UNE CAUSE DE DYSTOCIE.

A coup sûr, une méthode qui, sans nuire à la fécondation, exposerait les femmes aux souffrances d'un accouchement laborieux, aux dangers d'une opération grave, devrait être déclarée mauvaise et rejetée. Mais qu'on veuille bien réfléchir un instant à l'état des parties et se remémorer les cas nombreux où la nature, par ses seuls efforts, a surmonté une étroitesse extrême du vagin, et l'on verra que dans l'espèce une semblable crainte est sans motifs.

Une femme mariée à 16 ans avait le vagin si étroit qu'il ne pouvait admettre un tuyau de plume. Le coït était impossible, l'écoulement menstruel encombré de difficultés. Devenue grosse après onze ans de mariage, le vagin, vers le cinquième mois, se dilata, et finalement elle eut un accouchement naturel. (MÉM. DE L'ACAD. DES SCIENCES, 1711.)

Dans le même recueil (1748) on lit également qu'une dame de Brest, dont le vagin n'admettait pas un tuyau de plume, devint enceinte malgré cette conformation vicieuse, et fut assez heureuse pour que la dilatation de l'organe se fît au moment des grosses douleurs, et qu'en trois heures elle accouchât d'un enfant gros et fort.

Plenck raconte qu'il fut appelé auprès d'une femme en travail qui avait le vagin si étroit que le doigt le plus petit ne pouvait y entrer. Mariée depuis trois ans, elle avait conçu sans que le coït eût été consommé, et pourtant, au bout de dix-huit heures, la dilatation du vagin fut suffisante pour que l'expulsion du fœtus s'opérât sans déchirure d'aucune partie. (Cazeaux, TRAITÉ D'ACCOUCHEM., p. 631).

Le cas de Merriman, quoique moins heureux dans ses suites, prouve de même que l'accouchement est possible par les seuls efforts de la nature, alors que le vagin rétréci admet à peine un doigt peu volumineux. Le travail ne dura que trente-six heures. (*Loc. cit.*)

M. Moreau a vu chez une femme enceinte le vagin si étroit qu'il avait peine à recevoir le tuyau d'une plume à écrire. Cependant, malgré les plus vives appréhensions, les progrès de la grossesse firent céder l'obstacle. (*Ibid.*)

D'après la REVUE MÉDICALE DU BRÉSIL (14 août 1832), une mulâtresse

serait devenue enceinte par violence, quoique le calibre du vagin fût égal tout au plus à celui d'une plume. Elle accoucha heureusement. (Colombat, Traité des mal. des femmes, t. I, p. 169).

A côté des faits où le rétrécissement a cédé sous les efforts du travail, nous pouvons en indiquer où la dilatation artificielle a été suivie des plus heureux effets.

Bénévoli, cité par Boyer, vit une femme dont le vagin dur, calleux, de consistance fibreuse et de très-petit calibre, prit, par l'action prolongée de la moelle de blé de Turquie et des éponges préparées, des proportions qui permirent la cohabitation.

M. Carron-Duvillard fit usage de sondes, d'éponge préparée pour dilater le vagin à une femme de 28 ans qui, après dix ans de mariage, n'avait point eu des rapports complets. Le traitement rétablit les fonctions de l'organe, la grossesse ne se fit point attendre, et l'accouchement fut heureux. Le même chirurgien, sur une femme de 34 ans, eut recours aux mêmes moyens; il parvint à rendre le coït possible, inutilement il est vrai, l'imprégnation fit défaut.

De tous ces faits ne ressort-il pas, mieux que des plus belles théories, que la dilatation d'un rétrécissement extrême du conduit vulvo-utérin est possible, quasi ordinaire, par le travail de l'accouchement; qu'elle s'obtient au besoin par les moyens mécaniques?

On ne saurait donc arguer contre la méthode de l'étroitesse du vagin, puisque au bout d'un temps plus ou moins long, sans qu'il y ait récidive, les lobules inflammatoires diminuent peu à peu, et que le vagin reprend sa consistance normale; puisqu'il se prête au coït et qu'à plus forte raison il se dilatera au moment du travail; puisqu'enfin la science possède des faits où un rétrécissement extrême n'a point entravé l'accouchement, et qu'en définitive la chirurgie a les moyens de vaincre cet obstacle.

CONCLUSIONS

I. — La chute de l'utérus, difficile à guérir, n'est point une affection incurable.

II. — Elle cède à un ensemble de moyens qui constituent une *méthode nouvelle*, attendu qu'on ne voit rien de semblable dans les travaux antérieurs.

III. — Le traitement du prolapsus est susceptible aussi de modifier avec avantage les autres déplacements et les inflexions de la matrice.

IV. — La méthode a pour base la constriction et la destruction partielle de plis formés sur le vagin, en se servant de pinces.

V. — Le *pincement du vagin* comprend deux procédés qui s'exécutent, le *premier*, avec les *pinces vaginales ;* le *second*, avec les *pinces élytrocaustiques*.

A. — *Premier procédé.* 1° On doit, à chaque application, introduire le plus de pinces que l'on peut, et généralement aux premières opérations. on peut aller jusqu'à huit ou neuf.

2° Les pinces tombent d'elles-mêmes du cinquième au huitième jour.

3° Le nombre total des applications varie de huit à dix. Mieux vaut en faire plus que moins.

4° La durée du traitement complet est environ de trois mois.

5° Point de mort. Désordres locaux nuls. Absence de troubles généraux de quelque gravité.

B. — *Second procédé.* 1° On place de chaque côté une élytrocaustique.

2° On les enlève au bout de quarante-huit heures.

3° Le nombre des applications, la durée du traitement, ne peuvent se déterminer que par des faits ultérieurs.

4° Point de mort. Réaction générale faible, de courte durée. Nul accident local.

5° Le caustique dans les cuvettes ne change rien à la méthode, puisque son action est limitée par la pince, et que surtout la pince seule, au temps près, donnerait le même résultat.

VI. — Les chances de succès grandissent avec un prolapsus exempt de complications, chez une femme jeune et forte.

VII. — Un engorgement considérable du col exige un traitement approprié ; un médiocre engorgement n'entrave point la méthode.

VIII. — La guérison est due probablement moins au rétrécissement du vagin, qu'à un travail organoplastique qui, en se propageant au delà de l'organe, rend la tonicité perdue aux ligaments utéro-sacrés et au tissu cellulaire du petit bassin.

IX. — Le traitement fait n'empêche ni la cohabitation ni la fécondation ; il ne saurait devenir une cause de dystocie.

X. — Enfin, si les observations ne sont point encore en nombre pour édifier la méthode, celles qui sont publiées suffisent largement pour en établir la parfaite innocuité et pour autoriser de légitimes espérances.

FIN.